

Palabras clave: Psicoterapia, Reclutamiento, somatización, Rasgos de personalidad, Atención Primaria.

Psicoterapia Jungiana para la somatización

M. Posse, MD, PhD, Lic Psychotherapist

Neurotec Dept, Section for Psychiatry,
Karolinska Institute, Huddinge University
Hospital, M-57, S-14186 Stockholm,
SWEDEN

RESUMEN – Hasta ahora se han llevado a cabo pocos estudios controlados de tratamiento acerca del curso clínico de la alexitimia, así como acerca de síntomas de somatización. El objetivo de este estudio piloto fue mostrar que es posible involucrar a pacientes con alexitimia y somatización en una relación terapéutica, aunque esto se haya descrito en otros estudios como algo difícil.

El estudio se llevó a cabo en una muestra de pacientes ($n = 10$) de Atención Primaria que puntuaban como alexitímicos en un test que medía esta variable. Todos ellos comparían puntuaciones altas en somatización y también en tensión muscular y culpabilidad en la escala de personalidad Karolinska (Karolinska Scale of Personality). Los pacientes se dividieron de manera ciega en dos grupos ($n = 5$). Se administró psicoterapia jungiana al grupo de tratamiento durante seis meses. El grupo control no recibió psicoterapia, pero tuvo contacto con su médico de familia como anteriormente. Ellos no sabían que los otros pacientes estaban recibiendo terapia. Se obtuvo consentimiento total por parte de los diez pacientes para participar en dos revisiones con seis meses de intervalo.

Predijimos que el grupo de terapia mostraría reducciones en ansiedad psíquica, suspicacia y agresión indirecta, reflejando el establecimiento de una relación transferencia-contratransferencia de confianza y por tanto una mejor comunicación de sentimientos. No esperábamos cambios radicales en la somatización o en la alexitimia durante este proceso a corto plazo, ya que estos conceptos se han visto como partes más rígidas y complejas de la personalidad de los pacientes. Después de seis meses, el grupo de tratamiento mostró un efecto general en su personalidad con mayores cambios que el grupo que no recibió tratamiento en 14 de las 17 variables medidas ($p = 0,0064$) lo que puede interpretarse como que aquéllos son capaces de involucrarse en la terapia.

Concluimos que este tratamiento parece capaz de que incluso estos pacientes se involucren en una relación terapéutica de confianza. No se pueden sacar en este estudio conclusiones definitivas sobre el valor de la psicoterapia para los pacientes que reúnen los criterios señalados arriba. Se requerirán estudios a más largo plazo con un número de pacientes mayor para demostrar los beneficios de esta forma de psicoterapia en la alexitimia y la somatización.

Introducción

Se considera que la alexitimia es una disfunción psíquica en la que se reducen las expresiones de pensamiento simbólico y fantasía, la somatización es frecuente, se comunican los sentimientos pobremente, la empatía está disminuída, y las relaciones interpersonales íntimas son difíciles de mantener. El trastorno ha sido atribuído a varias causas, incluyendo variaciones en la organización cerebral (Nemiah 1977, Sifneos 1988) o trastornos en el desarrollo emocional durante la infancia temprana (Cristal 1974). Este constructo solapa varias categorías diagnósticas. Ocurre principalmente en pacientes psicósomáticos, en pacientes con dependencia a sustancias, en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y en estados post-traumáticos graves (Taylor *et al.* 1991, Cristal 1988, Sifneos 1973).

Debido a su incapacidad para identificar y elaborar sus propios sentimientos, se considera que los individuos alexitímicos se centran en las manifestaciones somáticas de la alerta emocional mientras minimizan los componentes afectivos de las emociones, lo que da lugar a una amplificación somato-sensorial y una mala interpretación de las sensaciones somáticas como signos de enfermedad física (Barsky *et al.* 1988, Kellner 1985, Taylor 1992).

Varios estudios previos han encontrado evidencia de una asociación entre alexitimia y la presencia de síntomas somáticos funcionales (Pierloot, Vinck 1977, Flannery 1977, 1978, Heiberg 1980, Shipko 1982, Ferman, Mohns 1984, Vassend 1987, Acklin, Alexander 1988). La alexitimia puede coexistir con la somatización, mediante un proceso en el que se experimentan síntomas somáticos en ausencia de cualquier enfermedad orgánica. Sin embargo, éstos son constructos separados e independientes.

Varios autores han enfatizado que la presencia de características alexitímicas puede predecir pobre respuesta a la psicoterapia (Shands 1977, Sifneos 1983, Nemiah 1984, Bach, Bach 1996), ya que una característica clave de los individuos alexitímicos es su incapacidad para involucrarse en relaciones sociales exitosas. Sin embargo, todavía se requieren ensayos terapéuticos controlados dirigidos al curso clínico de la alexitimia, así como a los síntomas de somatización, para aclarar completamente el papel potencial de la alexitimia para predecir los resultados del tratamiento en pacientes somatizadores.

El marco terapéutico en el análisis jungiano, con el analista y el analizado en dos sillas sin disponerse realmente cara a cara pero con la posibilidad de que haya un contacto visual entre los dos participantes, favorece el diálogo. El trabajo terapéutico en sí incluye comunicación no verbal en forma de sueños, imágenes, mitos y cuentos de hadas. Estas aproximaciones pueden ser el enlace con el mundo y la psique del paciente alexitímico con dificultades de comunicación. Estas aproximaciones también favorecen el proceso, puesto que el material simbólico que se produce puede ser considerado como de un origen más general, por ejemplo derivado de valores colectivos, más que específicamente original por parte del paciente en cuestión. Por este tipo de abordaje, conectado con una actitud de participación empática extraordinaria, la habilidad del analista para experimentar estas fuerzas arquetípicas comprensivamente en la relación analítica puede determinar hasta qué punto estos impulsos y emociones primarios deben permanecer alienados o pueden eventualmente llegar a integrarse en el sujeto analizado y de este modo facilitar una curación de la división ("*split*") (Cristal 1988, Neumann 1988, Winnicott 1953, 1975).

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de tan modificada aproximación

psicoterapéutica en un grupo seleccionado de pacientes con somatización, comparado con un grupo control emparejado procedente de una lista de espera. El estudio estaba dirigido a mostrar que es posible involucrar a estos pacientes en una relación, aunque se haya documentado en otros estudios que esto es difícil. Predijimos que el grupo de terapia mostraría reducciones en ansiedad psíquica, suspicacia y agresión indirecta, reflejando el establecimiento de una relación transferencia-contratransferencia de confianza y por tanto una mejor comunicación de sentimientos. No esperábamos cambios radicales en la somatización o en la alexitimia durante este proceso a corto plazo, ya que estos conceptos se han visto como partes más rígidas y complejas de la personalidad de los pacientes.

Método

Evaluaciones

Se pidió a un grupo de pacientes de Atención Primaria del único Centro de Salud de Tidaholm, Suecia, con una población de aproximadamente 20.000 habitantes, que completaran un batería de evaluación como se describe más adelante.

La somatización se midió mediante el Test de Dibujo del Dolor del Paciente (Patient Pain Drawing Test) y una Lista de Síntomas (Symptom List, Money *et al.* 1976, Sivik 1993). La alexitimia se midió con la Escala de Personalidad de Schalling Sifneos (Schalling Sifneos Personality Scale, SSPS, Sifneos *et al.* 1977, Sifneos 1986). Los rasgos de personalidad se midieron con el Cuestionario de Personalidad Karolinska (Karolinska Scale of Personality, KSP, Weinryb 1992).

Todos los pacientes que puntuaron alto tanto en el Symptom List y el Patient Pain Drawing Test (>7 en el primero y por encima de la media en el último) fueron invitados a participar en una entrevista psiquiátrica estructurada conforme al Patient Evaluation Grid (PEG, Leigh, Reiser 1992). Este método de entrevista evalúa la historia y estado social, médico y psicológico del paciente, tanto pasado como actual.

Los mismos métodos se administraron seis meses después de la primera evaluación.

Muestra

La muestra se obtuvo a partir de setenta pacientes de Atención Primaria a los que se les pasó un screening como parte de un estudio más amplio. Todos estos pacientes puntuaron alto en somatización como se ha descrito arriba. Estos pacientes fueron invitados a participar en la evaluación y en una entrevista. De los setenta pacientes, cincuenta y ocho accedieron a la entrevista y un tercio de éstos (n = 19) estaban dispuestos a considerar la psicoterapia como parte de su tratamiento. De esta muestra, diez pacientes fueron seleccionados aleatoriamente para participar en el presente estudio.

Cinco pacientes fueron asignados aleatoriamente para el grupo de tratamiento y cinco como controles. Ambos grupos recibieron tratamiento médico por parte de sus médicos de Atención Primaria (MAP).

De los cinco pacientes dentro del grupo de tratamiento, cuatro mujeres tenían un diagnóstico de enfermedad músculo-esquelética y un varón de enfermedad gastrointestinal. El grupo control incluía un varón con un trastorno psiquiátrico (trastorno de ansiedad) y un varón con una enfermedad reumática. Una de las mujeres del grupo con-

trol había sido diagnosticada de una enfermedad infecciosa y dos mujeres de enfermedad músculo-esquelética.

Procedimiento

Terapia: El autor, por entonces aspirante a diploma en el CG Jung Institute en Zurich, llevó a cabo el trabajo terapéutico bajo la supervisión de analistas profesionales del mismo Instituto. Cada paciente asistió a una sesión de terapia a la semana durante un período de 6 meses.

Control e intervención: Después de seis meses de terapia todos los pacientes fueron reevaluados.

Métodos estadísticos

Se emplearon estadísticos descriptivos, t-test, y test binomial para someter a verificación las hipótesis, considerando una cola de distribución. Se consideraron estadísticamente significativos los valores $p < 0,05$.

Resultados

Antes de la terapia

No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a variables sociodemográficas, y esto no cambió cuando se hizo la reevaluación. En el momento de la inclusión, los grupos de terapia y control compartían altos niveles de tendencia a la somatización. Ambos grupos puntuaron también alto en las variables de culpabilidad y tensión muscular relacionadas con trastornos de ánimo. Ambos grupos compartieron niveles justo por debajo del punto de corte para alexitimia en el SSPS.

Después de la terapia

En el grupo de terapia, todos los pacientes asistieron a todas las sesiones, así como al seguimiento, mostrando un compromiso que reflejaba el hecho de que se involucraron en la terapia.

El grupo de terapia cambió más que el grupo control, es decir, se vieron mayores efectos en 14 de las 17 variables. Ninguno de estos cambios fueron significativos *per se* cuando se tuvieron en cuenta los valores previos y los de después de seis meses. Si un cambio en una variable representara un signo de que algo ha conectado o ha involucrado a este individuo, esto podría detectarse con un test binomial donde los valores previos y posteriores se tuvieran en cuenta para cada variable. Cuando se aplicó este planteamiento para los datos brutos en ambos grupos, pudimos detectar que el grupo de terapia mostró mayores efectos en más variables que el grupo que no tuvo tratamiento, ($p = 0,0064$ test binomial, hipótesis a una cola, Tabla I).

Discusión

Se ha documentado previamente que las elevaciones moderadas en las escalas psicológicas que valoran depresión, suspicacia, ansiedad somática y psíquica, alexitimia, y tendencia a la somatización predicen una respuesta pobre a la psicoterapia (Shands 1977, Sifneos 1983, Nemiah 1984, Bach, Bach 1995). Los resultados del presente estudio, así como de otros estudios (Taylor *et al.* 1991, Cristal 1988, 1982/83) sugieren, sin embargo, que las puntuaciones en o por encima de los puntos de corte críticos deberían servir para alertar al terapeuta de que este paciente particular es probable que sea difícil, pero no para predecir una respuesta pobre.

Tabla I
 Características demográficas y resultados del test en el grupo de tratamiento, n = 5, y en el grupo control, n = 4, antes y después de los seis meses de terapia y no terapia, respectivamente

Rasgos	Antes, grupo de terapia		Antes, grupo control		Después, grupo de terapia		Después, grupo control		Terapia/control al inicio	Diferencia tras 6 meses
Edad	44,6	5,9	42,6	10,4	44,6	5,9	42,6	10,4		
Sexo	1,8	0,4	1,6	0,5	1,8	0,4	1,6	0,5		
Estudios	3,4	1,5	2,4	1,1	3,4	1,5	2,4	1,1		
Estado civil	1,4	0,9	2,1	2,1	1,4	0,9	2,6	2,1		
Hijos	2,4	1,1	1,6	1,1	2,4	1,1	1,6	1,1		
Hijos en casa	1,4	1,7	1,2	1,3	1,4	1,7	1,2	1,3		
Miembros de la familia	3,4	1,7	2,8	1,6	3,4	1,7	2,8	1,6		
Alexitimia, SSPS	47,4	6,5	47,2	3,0	45,0	4,9	45,5	5,6		
Alexitimia, SPS	46,6	7,2	38,7	10,3	44,4	5,1	40,0	3,2		
Dibujo del dolor del paciente	10,6	2,4	9,6	2,6	9,2	2,1	10,3	2,2		
Lista de síntomas	13,6	6,3	13,6	3,6	13,2	6,3	13,0	2,8		
Ansiedad somática, KSP	53,8	14,0	55,0	10,7	53,0	10,2	58,3	10,6		0,04
Ansiedad psíquica, KSP	44,4	5,4	49,8	7,4	43,8	4,4	56,8	10,4		
Tensión muscular, KSP	63,6	11,7	59,6	16,9	59,8	4,6	67,0	17,8		
Convencionalismo social, KSP	45,4	12,4	49,2	10,6	44,8	6,6	43,0	17,5		
Impulsividad, KSP	60,6	6,3	45,0	12,4	57,0	5,1	43,8	9,9	0,03	0,03
Evitación de la monotonía, KSP	62,2	10,6	49,8	12,6	62,0	9,9	47,3	13,9		
Distancia, KSP	50,0	11,7	53,2	6,6	51,6	13,5	55,5	7,9		
Psicastenia, KSP	59,2	4,2	68,4	7,5	55,2	3,0	62,8	2,2	0,04	0,004
Socialización, KSP	40,2	14,4	52,2	5,8	37,0	13,6	50,8	4,3		
Agresión indirecta, KSP	50,8	10,7	53,2	11,1	46,2	13,1	52,8	10,4		
Agresión verbal, KSP	56,0	9,8	45,8	18,3	53,2	8,5	47,3	15,9		
Irritabilidad, KSP	46,4	14,1	55,8	9,2	49,6	5,7	60,3	11,0		
Suspiciacia, KSP	46,4	7,5	57,2	10,9	44,0	3,8	60,5	11,9		0,02
Culpabilidad, KSP	53,8	7,5	52,6	6,2	52,8	10,1	49,0	7,0		
Falta de asertividad, KSP	45,2	7,9	56,6	12,8	44,4	5,1	53,3	15,5		

En meta-análisis de la duración del tratamiento y del beneficio del paciente, algunos autores han concluido que cuesta al menos 26 sesiones en la mayoría de pacientes mejorar con la psicoterapia (Howard *et al.* 1986). Sugieren que, de media, la máxima mejora cuesta aproximadamente 52 sesiones semanales, dependiendo de las características particulares del paciente –algunos pacientes requieren menos sesiones y otros requieren más. Es importante tener esto en mente cuando se analizan los resultados de este estudio.

Las medidas de resultado en psicoterapia pueden ser clasificadas en dos categorías principales, clínica y funcional. Los resultados clínicos tienen que ver primariamente con síntomas psiquiátricos y psicológicos utilizando métodos de cuantificación de síntomas y/o valoraciones de la utilización general de servicios. Los resultados funcionales pertenecen a los cambios en el rol de funcionamiento social. En el presente estudio, hemos analizado los beneficios de la psicoterapia sólo en términos psicológicos, por ejemplo, la evolución clínica.

En el seguimiento, el grupo de terapia mostró una reducción mayor en la ansiedad psíquica y suspicacia en relación al grupo control. La terapia aquí parece haber tenido un efecto medible en la manera en que el paciente procesa las sensaciones y sentimientos. Concluimos que este tratamiento parece poder involucrar incluso a estos pacientes en una relación terapéutica de confianza. Se observó un efecto beneficioso general de la psicoterapia en el efecto significativamente mayor resultante de las variables medidas en los pacientes del grupo de terapia, aunque el número de pacientes incluidos en el ensayo fue demasiado pequeño para que los efectos fueran significativos en las variables individuales.

Winnicott ha descrito que para los pacientes con dificultades en la comunicación de sentimientos, el establecimiento de un marco analítico es más importante que cualquier interpretación (1953, 1975). El analista tiene que proporcionar una experiencia correctiva siendo un padre mejor que el original del paciente. Necesita entender los problemas del paciente, compartir la dificultad de contactar con los sentimientos, y gradualmente ayudarlo a recuperar la habilidad de sentir y de comunicar con palabras lo que siente. Las interpretaciones por sí solas son insuficientes para provocar esto, porque son con más frecuencia de naturaleza cognitiva que afectiva. El terapeuta, por tanto, tiene que estar preparado para actuar como modelo para su paciente comunicándose más abiertamente de lo habitual en el análisis clásico sobre cómo el/ella (el/la terapeuta) se siente; para ello, debe utilizar la exploración de sentimientos, deseos, y sensaciones corporales.

Estos pacientes tienen que aprender a tomar una posición intermedia entre los dos extremos, a tolerar sin realmente saber todavía. Esto es un tercio o la mitad del terreno que estos individuos nunca han experimentado antes en su mundo, pintado en blanco y negro.

Encontramos que, durante el tratamiento, las sensaciones corporales primitivas podrían elevarse a un nivel más maduro y capacitar a los pacientes para modificar y comunicarse de otras formas que a través del *soma*. Se interpretaron la reducción en la ansiedad de los pacientes y en su suspicacia como posibles resultantes de este cambio en el comportamiento. Un cambio en la tendencia de los pacientes a comunicarse a través de sus sensaciones corporales, que produce una conducta de enfermedad patológica resultante, podría ser modificado de este modo y hacerles más capaces de afrontar el proceso. Mientras que uno puede esperar la emergencia de

una transferencia de tipo “*self-objeto*” para contribuir hacia una estabilización de la condición médica del paciente, los análisis futuros deberían guiarse por las formulaciones de la psicología del “*self*”, que están dirigidas a facilitar una internalización de los componentes de regulación de la relación terapéutica.

Conclusión

No se pueden sacar en este estudio conclusiones definitivas sobre el valor de la psicoterapia para los pacientes que reúnen los criterios señalados arriba. Se requerirán estudios a más largo plazo con un número de pacientes mayor para demostrar los beneficios de esta forma de psicoterapia en la alexitimia y la somatización. Sin embargo, los resultados del presente estudio deberían apoyar futuras investigaciones intentando evaluar el efecto beneficioso de la psicoterapia en el tratamiento de los pacientes alexitímicos y somatizadores.

Bibliografía

- ACKLIN, M.W., ALEXANDER, G. Alexithymia and somatisation. A Rorschach study of four psychosomatic groups. *J. Nervous Mental Disorders* 176: 343-350, 1988.
- BACH, M., BACH, D. Predictive value of alexithymia: A prospective study in somatising patients. *Psychosomatics* 1996: 37: 451-458.
- BARSKY, A.J., GOODSON, J.D., LANE, R.S., CLEARY, P.D. The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine* 50: 510-519, 1988.
- FEDERMAN, R., MOHNS, E. A validated study of the MMPI Alexithymia Subscale on migraine headache patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 41: 29-32, 1984.
- FLANNERY, J.G. Alexithymia: The communication of physical symptoms. *Psychotherapy Psychosomatics* 28: 133-140, 1977.
- FLANNERY, J.G. Alexithymia II. The association with unexplained physical distress. *Psychotherapy Psychosomatics* 30: 193-197, 1978.
- HEIBERG, A.N. Alexithymic characteristics and psychosomatic illness. *Psychotherapy Psychosomatics* 34: 261-266, 1980.
- HOWARD, K.I., KOPTA, S.S.M., KRAUSE, M.S., ORLINSKY, D.E. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am. Psychol.* 44: 159-164, 1986.
- KELLNER, R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Arch. Gen. Psychiatry* 42: 821-833, 1985.
- KRYSTAL, H. The genetic development of affects and affect regression. *Ann. Psychoanal.* 2: 98-126, 1974.
- KRYSTAL, H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int. J. Psychoanal Psychother* 9: 353-378, 1982/1983.
- KRYSTAL, H. *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. New York, Analytic Press, Hillsdale, 1988.
- LEIGH, H., REISER, F.M. *The patient. Biological, psychological and social dimensions of medical practice*. 3rd ed. New York, Plenum Medical Book Company, 310-323, 1992.
- MOONEY, V., CAIRNS, D., ROBERTSON, J. A system for evaluating and treating chronic back disability. *West J. Med.* 124: 370-376, 1976.
- NEMIAH, J.C. Alexithymia - theoretical considerations. *Psychotherapy Psychosomatics* 28: 199-206, 1977.
- NEMIAH, J.C. Anxiety and psychodynamic theory. In Grinspoon, L. (Ed) *Psychiatric Update, The American Psychiatric Ann Review*, Vol 3. Washington DC, Am Psych Press, 1984.
- NEUMANN, E. *The child*. London, Hodder & Stoughton Ltd, 1988.
- PIERLOOT, R., VINCK, J. A pragmatic approach to the concept of Alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatics* 28: 156-166, 1977.
- SHANDS, H.C. Suitability for psychotherapy II. Unsuitability and psychosomatic disease. *Psychotherapy Psychosomatics* 28: 28-35, 1977.
- SHIPKO, S. Alexithymia and somatisation. *Psychotherapy Psychosomatics* 37: 193-201, 1982.

SIFNEOS, P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 22: 255-262, 1973.

SIFNEOS, P.E., APFEL SAVITZ, R., FRANKEL, F.H. The phenomenon of Alexithymia. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1977: 28: 47-57.

SIFNEOS, P.E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 40: 66-73, 1983.

SIFNEOS, P.E. The Schalling-Sifneos Personality Scale-revised. *Psychother Psychosom* 45: 161-165, 1986.

SIFNEOS, P.E. Alexithymia and its relation to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psych. Clin. North America* 11: 287-292, 1988.

SIVIK, T. Alexithymia and hypersensitivity to touch and palpation. *Integrated Science* 28: 130-136, 1993.

TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M., PARKER J.D.A. The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 32: 153-164, 1991.

TAYLOR, G.J. Psychoanalysis and psychosomatics: A new synthesis. *J. Am. Acad. Psychoanal* 20 (2): 251-75, 1992.

VASSEND, O. Personality, imaginative involvement and self-reported somatic complaints. Relevance to the concept of alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatics* 47: 74-81, 1987.

WEINRYB, R.M. GUSTAVSSON, J.P., ASBERG, M. The concept of alexithymia: An empirical study using psychodynamic ratings and self-reports. *Acta Psych. Scand.* 85 (2): 153-162, 1992.

WINNICOTT, D.W. Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psychoanal* 34: 89-97, 1953.

WINNICOTT, D.W. *Collected Papers; Through Pediatrics to Psychoanalysis*. London, Hogarth Press, 1975.

Dirección para correspondencia:
Margareta Posse
Consultant Adult Psychiatry
West Middlesex University Hospital
Psychiatry Dept.
Twickenham Road
Isleworth
TW7 6AF
UNITED KINGDOM