

PUBLICADO EN
MEDICINA CLINICA

AÑO XXIII - TOMO XLV - N.º 6

Págs. 426 a 430 - Diciembre 1965

REVISTA MENSUAL

BARCELONA

Dificultades en el camino de realización de la medicina psicosomática

JUAN CODERCH

Dificultades en el camino de realización de la medicina psicosomática (*)

JUAN CODERCH

Es, en nuestra opinión, evidente, que las dificultades que entorpecen en la actualidad el desenvolvimiento de la Medicina Psicosomática poseen una triple posibilidad de origen:

- a) Dificultades derivadas de la propia esencia y naturaleza de la Medicina Psicosomática.
- b) Dificultades que dependen de la forma como la Medicina Psicosomática ha sido expuesta por aquellos que han actuado como pioneros y portadores de la misma.
- c) Dificultades surgidas de una actitud pasivamente receptora ante la Medicina Psicosomática a la que se considera, simplemente, como una nueva aportación diagnóstica y técnica al quehacer médico.

A pesar de este hecho, creemos que la mayor parte de los obstáculos que se oponen al desarrollo de la Medicina Psicosomática hunden sus raíces en los tres orígenes, por lo cual sería impropio cualquier clasificación basada en una diversidad de génesis. Basta, para nuestros

propósitos, con señalar esta triple problemática.

DEFINICIÓN INSTRUMENTAL. — Una de las más importantes dificultades es la que encierra la tarea de hallar una definición conceptual de la Medicina Psicosomática útil para todos y despojada de cualquier partidismo de escuela, asentada en el principio básico de que la Medicina Psicosomática no es una parte de la Medicina sino un nuevo concepto de ésta. En efecto, sin dejar de proclamar su acuerdo con este principio, los distintos autores se ingenian en delimitar el dominio de esta parte de la Medicina, y continúan buscando a su manera la definición que más convenga a sus postulados de escuela. Se comprende que sea tentador para el especialista considerar que consigue llegar a un conocimiento de los hombres cuando enriquece su propia experiencia con algunas generalizaciones matizadas de eclecticismo. Así, nacen ciertas introducciones a la Medicina Psicosomática que no son, a fin de cuentas, más que ampliaciones de tal o cual detalle de la Patología que goza de la predilección del autor.

De esta manera, la Medicina Psicosomática

(*) Ponencia presentada en la IV reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Sociedad Española de Psiquiatría; Palma de Mallorca, marzo de 1965.

se transforma en una Medicina de la conversión histérica, de los trastornos funcionales, de la patología psicogenética, de los aspectos orgánicos de la emoción y aun de la extensión a la clínica humana de los hechos experimentales puestos en evidencia por REILLY, SEVLE o PAVLOV. De esta forma, cuanto más se proclama que la Medicina Psicosomática no es una especialidad más se la define y conceptúa como si de una especialidad se tratara. Una definición de la Medicina Psicosomática, para ser útil, ha de ser esencialmente terapéutica, rechazando de plano la oposición entre enfermedades orgánicas y enfermedades psicosomáticas. Toda reacción humana, toda manifestación vital es, por esencia, psicosomática. Decir que una enfermedad es psicosomática no significa aportar ninguna novedad a la cuestión, puesto que, como intentamos subrayar, la noción de la Medicina Psicosomática no responde a un tipo particular de afección, sino a una determinada actitud del médico.

Para que el calificativo de psicosomático aporte algún significado especial al ser referido a una perturbación, sería menester reservarlo a las reacciones y síntomas susceptibles de ser traducidos en términos de diálogo, con posibilidad de ser modificados por la psicoterapia. Esta definición terapéutica se aleja mucho menos de lo que podría parecer a primera vista de lo que se entiende corrientemente por Medicina Psicosomática, puesto que agrupa las definiciones que caracterizan a la Medicina Psicosomática, ya como Medicina del individuo, ya como Medicina de diálogo. Puede hablarse, por tanto, de patología psicosomática, pero siempre que con ello no se pretenda expresar nada acerca de la naturaleza de la enfermedad, sino designar una forma de investigación, un modo de enfoque terapéutico. Únicamente a partir de esta perspectiva terapéutica puede intentarse definir de una forma útil la Medicina Psicosomática, pero no a partir de artificiales distinciones acerca de la naturaleza y génesis de las enfermedades.

NOSOLOGÍA CLÁSICA Y NOSOLOGÍA PSICOSOMÁTICA. — El camino de la Medicina Psicosomática se encuentra en la profundización de sus propios criterios, debiendo construirse su nosología a través del diálogo terapéutico y en referencia a la función relacional del sujeto con su mundo. No se trata, en modo alguno, de exigir que las enfermedades clásicas, con sus criterios anatómicos, histológicos, o radiológicos habituales respondan entidades psicosomáticas con similares delimitaciones. Con ello, el investigador se lanzaría, una vez más, por el camino de estériles búsquedas de correlaciones

y perfiles psicosomáticos, que no sirven más que para inspirar confianza al médico, al darle la ilusión de que no abandona el seno de la Medicina clásica mientras conserve sus reglas, su metodología y su nosología. Por otra parte, fundamentar la existencia de la Medicina Psicosomática en el hecho de que haya un grupo de enfermos que no encajan perfectamente en el esquema nosológicamente armonioso de la Medicina clásica, ni responden a su arsenal terapéutico, de manera que se hace preciso, ante ellos, un distinto enfoque diagnóstico y terapéutico, es una manera bien mezquina de concebir a esta medicina psicosomática. Concepción que, por otra parte, incluso en el caso de que sea aceptado tan raquítico y parcial concepto, se alejaría por completo de los cauces sólitos por los que discurre el desarrollo y aplicación de todo nuevo enriquecimiento de la metodología médica.

La electroencefalografía, por ejemplo, no recibe su importancia del hecho de que haya o no enfermos de clínica puramente electroencefalográfica, sino de los resultados complementarios que aporta y sólo ella puede ofrecer. Pero nada significarían para nosotros signos electroencefalográficos sin aparato, sin examen, sin referencia electroencefalográfica. Asimismo, signo psicosomático no quiere decir gran cosa sin diálogo, sin investigación psicosomática, sin médico psicosomático.

Así como el aparato electroencefalográfico utiliza un complicado sistema de amplificación de potenciales para la transformación de éstos en movimientos oscilantes de unas plumas, a fin de que sea posible plasmar la actividad bioeléctrica cerebral en una gráfica de inteligible lectura, en medicina psicosomática es necesario utilizar también un amplificador. Para poder leer, el investigador busca, a veces, neurotizarse artificialmente el síntoma. Se responde por el sujeto a la cuestión que éste no ha planteado, dándose desde el exterior un sentido a aquello que para el sujeto no lo tiene aún. Puede decirse que las condiciones operatorias del sentido del síntoma clínico son tales que ellas crean de todas maneras, de acuerdo con los presupuestos del médico, una situación psicosomática.

Pero ocurre en este proceso amplificador el peligro de que, como sucede con singular frecuencia, el investigador sea víctima de su propia maniobra, de la transformación que él mismo opera. Si proyecta algún modelo neurótico sobre un síntoma no debe confundir el modelo que le ayuda a comprender y clasificar con el síntoma en sí mismo, ni reducir lo que hace el enfermo a lo que precisamente no hace o, en todo caso, a lo que no hace espontánea-

mente. Muchos investigadores tienen tendencia a confundir el comportamiento del enfermo con el que adoptarían ellos mismos si se encontraran en su caso. Esto explica, quizá, el problema de la orientación partidista de la Medicina Psicosomática y las esquematizaciones e interpretaciones preformadas de muchos psicopatólogos.

EL PROBLEMA DE LA ESPECIFICIDAD Y DE LA CAUSALIDAD EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA.—La cuestión del lugar que debe reservarse a la especificidad en la Medicina Psicosomática es una de las que mayores controversias y malentendidos han suscitado. Sin duda, ello es debido a que este problema es más rico en especulaciones y juicios apriorísticos que en hechos precisos, y enmascara, por otra parte, el deseo de que la Medicina Psicosomática no obligue a una revisión a fondo del hábito mental y de actitud ante el enfermo. Resulta extraordinariamente agradable y tranquilizador para el clínico saber que determinada sintomatología corresponde a un agente causal, concreto y determinado, siendo, en cambio, sumamente enojosa la reacción individual, única e imprevisible, ante el mismo factor.

No cabe duda de que el pensamiento médico, habituado a la lógica aristotélica, se resiste a aceptar que aquel agente que resulta nocivo para unos sea inocuo para otros. Y aún más difícil le resulta admitir que incluso en aquellos para los que es patógeno provoque cuadros distintos en gravedad y sintomatología, de forma que no sea posible limitar el interés a la búsqueda de la causa morbosa, sino que tal interés haya de ser dirigido, por igual, hacia la personalidad sobre la que aquella obra o, mejor dicho, hacia el conjunto significativo que forman el agente patógeno y la individualidad en cuyo campo gestáltico se halla situado.

La particular insistencia en la búsqueda de la especificidad nace también de una compleja confusión entre Medicina psicosomática y una medicina psicogenética en la cual quepa una estrecha correlación entre conflictos psíquicos y trastornos físicos, es decir, una conversación de aquéllos en éstos. Esta creencia en los vínculos específicos que religan los afectos rechazados y el síndrome orgánico aparente, en el trastorno psíquico particular que se expresa de forma simbólica por un trastorno somático correspondiente a su imagen, no es más que la resistencia enmascarada a abandonar el enfoque dualista ante el enfermo. Se trata de la resistencia a aceptar al enfermo como un ser indivisible ante cuyas reacciones no cabe preguntarse por un hipotético origen psíquico u orgánico, sino intentar comprenderlas como la imagen de un

todo que responde en bloque cuando un factor actual reactiva uno de los elementos reunidos por la historia biográfica del enfermo, aunque no lógicamente emparejados entre sí, reproduciendo una situación pasada, o mejor, lo que de ella queda. Se olvida, en este punto, que la especificidad, cuando realmente existe, no es la de los órganos en su lenguaje simbólico, sino de la situación vivida por cada enfermo.

Naturalmente, no intentamos negar la existencia de síndromes en los cuales, en ocasiones, se presenta la vinculación simbólica entre el conflicto psíquico y la manifestación orgánica, pero lo que sí nos interesa es subrayar esta resistencia a la aceptación del enfoque psicosomático, manifestada en el trastorno de éste en una Medicina Psicogenética, con lo cual queda desvirtuado en su misma esencia, a la par que se produce un inevitable movimiento de rechazo ante la psiquiatrización de la Medicina que tal actitud supondría.

En el constante planteamiento de la organogénesis o psicogénesis de un trastorno determinado —eje central de muchos tipos de abordaje psicosomático— se halla también, como motivación oculta, la resistencia inconsciente a abandonar la idea de que existen dos planos, psíquico y somático, en constante relación e influencia recíproca, pero distintos. Obsérvese que el concepto de influencia recíproca, tan usado en Medicina Psicosomática, presupone una división del ser humano, ya que una cosa no puede influir sobre sí misma, sino sobre otra, siendo necesaria una dualidad cartesiana para poder hablar de expresión somática de los sentimientos o de manifestación psíquica de procesos orgánicos. Como muestra de tal afirmación recordemos las descripciones de la emoción —fenómeno básico de la patología psicosomática según la mayor parte de los autores— según LANGE y según ALEXANDER.

Según LANGE, el trastorno fisiológico primario se traduce, secundariamente, en un fenómeno de la conciencia. Los psicosomáticos, por su parte, oponen un esquema aparentemente contrario, según el cual el trastorno, primariamente psicológico, se traduce secundariamente por fenómenos fisiológicos.

ALEXANDER escribe que expresamos todas nuestras emociones por procesos fisiológicos; la tristeza por el llanto, la alegría por la risa, el miedo por palpitaciones, etc. Es indudable que estas dos descripciones admiten implícitamente la idea de la independencia autónoma de lo psíquico y lo somático. El término «expresión» conlleva, en sí mismo, este dualismo, al suponer un conjunto de hechos llamados fundamentales o esenciales, y otro conjunto de he-

chos que significan, traducen o expresan los primeros sobre un plano de naturaleza distinta.

Esta forma de ver las cosas es de tal manera espontánea en la psicología de los psicomatólogos que, incluso cuando afirman con fuerza su oposición al dualismo y su preocupación por considerar «el ser global», la «totalidad», «la unidad», y el «todo indivisible», no hacen otra cosa que insistir en la indisolubilidad de la relación entre los dos órdenes de fenómenos, psicológicos y fisiológicos, conservando la idea de que se trata de dos planos distintos sobre los cuales se proyecta la misma vivencia al mismo tiempo.

Es asunto de compleja discusión el de los fundamentos y raíces de esta tan subterránea y disfrazada resistencia a abandonar el dualismo cuerpo psique, tan aparente cuanto falsamente superado. Existe, a no dudar, una motivación basada en la cultura occidental y en la enseñanza recibida en las aulas, pero no creemos que esto baste para explicar toda la dimensión del problema. Nos inclinamos a suponer que otro factor importante radica en la actitud de dominio, también esencialmente unida a la cultura y civilización grecolatina. El médico intenta dominar la enfermedad y cree conseguirlo considerándola como algo que le acaece al enfermo, y que debe ser atribuido a una causa objetivable, y cree que esta causa sigue siendo causa objetivable aún cuando se trate de un conflicto psíquico o un sentimiento del enfermo, en lugar de un agente patógeno externo. Este esquema infunde al médico confianza y seguridad al permitirle dicotomizar, no ya en el enfermo, sino en sí mismo, entre su propio cuerpo y sus propios procesos psíquicos, a los cuales considera poder dirigir consciente y voluntariamente, con independencia de los ingobernables avatares fisiológicos.

Pero si este esquema se sustituye por el del complejo que responde en bloque cuando uno de los constituyentes de la circunstancia presente actualiza uno de los elementos reunidos por la historia del individuo, sin hacer distinción de planos entre lo somático y lo psíquico; desaparece esta confortable seguridad y surge la angustia ante el descubrimiento de que no es posible tal dominio, tal simplificación de la estructura humana, tal distanciamiento entre la propia corporeidad y el yo personal, ya que la corporeidad pertenece talmente a nuestra existencia que nosotros somos realmente esta corporeidad.

Existir, como dice Medard Boss, es para el hombre abrirse al mundo con todo su ser, siendo por su cuerpo que el hombre se encuentra junto a las cosas, y por su cuerpo y gracias a

él que vive en el mundo. Se derrumba, así, la actitud de dominio de los hombres ante su propio cuerpo, al que ya no es posible considerar como un instrumento, como una cosa, ni siquiera como una cosa íntimamente unida a nosotros, que expresa nuestras vivencias y nos comunica, a través del paso inefable a la conciencia, su acontecer, puesto que —abstracción hecha del concepto del alma, que pertenece a la teología y no a la medicina— el cuerpo y nosotros somos lo mismo. En mi opinión, la angustia que despierta tal intrañable identidad es la que alimenta la inconsciente resistencia a abandonar el dualismo; resistencia que, en su empeño, recurre a los más sutiles y comprometidos artilugios, cuales son los de defender a ultranza la recíproca influencia psique y soma para, de esta forma, perpetuar su división.

MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y MÉDICOS PSICOSOMÁTICOS.— Señalemos, ahora, uno de los más duros escollos con que tropieza el enfoque psicósomático. Es el que surge de la difícil y escasa comprensión de que no se trata de que la medicina sea o no psicósomática, sino de que es el médico quién es o no psicósomático. Lo que hace de él un médico psicósomático no es su necesaria formación libresco, adquirida más o menos empíricamente en el curso de sus estudios, ni siquiera su formación clínica, sino su transformación personal que al permitirle tener acceso a una parte fundamental de su propia personalidad y reconocer su actitud, le coloca en condiciones de situar y reconocer realmente al enfermo. Por ello, la práctica psicósomática extrae su principio, su carácter, de una situación particular —el diálogo psicósomático— en el que no solamente la sabiduría profunda y la manera de ser del médico juegan y el saber hacer, sino también la disposición un papel fundamental. Ahora bien, si la medicina psicósomática no es una especialidad, la práctica psicósomática en sí, suponen una formación y unos conocimientos precisos. Así, pues, es a partir de una situación y de una técnica psicósomática y no a partir del objeto al cual se aplican esta técnica y conocimientos, de donde nacerán la clínica, la semiología y la terapéutica psicósomáticas.

RIESGOS Y POSIBILIDADES DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA EN EL FUTURO.— Durante los últimos años, el peso de la investigación psicósomática ha recaído en los psiquiatras, especialmente de la escuela psicoanalista, habiéndose observado un notable descenso en la participación de los médicos de otras especialidades. La contribución de sociólogos y epidemiólogos ha sido pequeña. Dado que la Medicina Psicósomática representa la reacción ante una

medicina mecánica y exclusivamente biológica, cabe preguntarse si el enfoque psicosomático ha sido lo suficientemente absorbido por parte de los médicos, en su práctica clínica y en la enseñanza, para justificar su abandono como un campo específico de investigación. Creemos que la respuesta, siguiendo con esto el pensamiento de WITTKOWER, debe ser negativa.

A despecho de la popularidad, incluso entre el público, del término «medicina psicosomática», no existe prueba evidente de que el enfoque psicosomático haya sido plenamente aceptado por internistas, cirujanos y médicos de distintas especialidades. Sin embargo, es probable que, como tardío resultado del movimiento psicosomático, surga un nuevo tipo de médico general que preste más atención a los problemas personales del paciente, no en forma puramente intuitiva y empática, sino fundándose en conocimientos psicológicos y psicodinámicos. Es probable, por ello, que la presente vinculación entre la medicina y la psiquiatría siga avanzando y venga a resultar en la creación de una medicina psicológica que sirva de lazo de unión entre las distintas especialidades médicas.

Indudablemente, no cabe esperar que en el futuro la Medicina Psicosomática halle la explicación final a las enfermedades hasta el momento consideradas como de etiología desconocida, dado que tales enfermedades suelen estar determinadas por una constelación de factores. Substituir la «causa ignorada» por una «emoción nociva», no representa sino un juego de palabras que enmascara la complejidad del problema etiológico.

Puede confiarse en que, aun cuando para ello deba aguardarse cierto tiempo, el equipo de investigación psicosomática estará formado, en el futuro, por internistas, psiquiatras, psicólogos, geneticistas, sociólogos y antropólogos, quienes concentrarán sus esfuerzos sobre distintos segmentos del campo total de investigación, de acuerdo con su área de aprendizaje e intereses. Ninguna objeción puede hacerse a este enfoque por segmentos, dado que la naturaleza humana no produce individuos capaces, conceptual y metodológicamente, de abarcar la totalidad del campo. La investigación multidisciplinaria, al permitir el enfoque de los mismos problemas por especialistas de distintas disciplinas, alcanzará probablemente fructíferos resultados, pese a que las dificultades para la integración de los diversos planos prometen ser formidables.

De acuerdo con lo últimamente expuesto, podemos prever que uno de los mayores riesgos que en el futuro correrá la Medicina Psi-

cosomática estriba en que, lo que originariamente nació como un intento de exploración y clarificación de las relaciones entre los procesos psicológicos, fisiológicos y patológicos, se diluya en una fragmentación de esfuerzos. La Medicina Psicosomática, en el momento actual, está realizando el difícil equilibrio de evitar ser una rama de la psiquiatría o una especialidad autónoma, siendo buena prueba de ello el hecho de que las publicaciones psicosomáticas pueden ser divididas en dos grandes grupos: aquellas con más y aquellas con menos psiquiatría.

Por tanto, existen dos posibilidades en relación con el futuro de la investigación psicosomática. Una de ellas es la de que se convierta en un fragmento del campo de la psiquiatría, con especial contribución de los psicoanalistas y psiquiatras psicológicamente orientados, y exclusión de los psiquiatras de base orgánica y neurofisiológica. La otra posibilidad es la de que llegue a ser un campo de experimentación psicofisiológica de laboratorio, con participación de psiquiatras y psicólogos experimentalmente orientados, bioquímicos y neurofisiólogos, pero con exclusión de psiquiatras e internistas clínicos.

Por el contrario, si el trabajo en equipo y el enfoque pluralístico logra salvar estos escollos, podemos esperar que la Medicina Psicosomática se desarrolle a través de los cuatro parámetros que definirán la enfermedad: el parámetro social, el cultural, el biológico y el psicológico. En este caso, una contribución progresivamente en aumento será aportada por sociólogos, geneticistas y antropólogos, hasta el punto de que el término actual de Medicina Psicosomática quedará totalmente desbordado e inservible para designar este enfoque holístico de la enfermedad, momento en el que habrá cumplido plenamente su función.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, FRANZ.—«The development of psychosomatic medicine». *Psychosomatic Medicine*, vol. XXIV, núm. 1, 1962.
- CAIN, J.—«La spécificité en psychosomatique». *Revue de Médecine Psychosomatique*, tom. 7, núm. 2, 1965.
- COHEN, HASKEL.—«Specific attitudes in initial interviews with patients having different psychosomatic diseases». *Psychosomatic Medicine*, vol. XXIV, núm. 3, 1962.
- HAWKINS, DAVID, R.—«The gap between the psychiatrist and the other physicians». *Psychosomatic Medicine*, vol. XXIV, núm. 1, 1962.
- ROF CARBALLO, J.—«Influencia de las ideas psicosomáticas en medicina interna». *Actas del III Congreso Mundial de Psiquiatría*, tom. III, págs. 287-290, 1962.
- RUESCH, JURGEN.—«Psychosomatic Medicine and the behavioral sciences». *Psychosomatic Medicine*, vol. XXIII, núm. 4, 1961.
- SEGUIN, CARLOS ALBERTO.—«The concept of diseases». *Psychosomatic Medicine*, vol. VIII, núm. 4, 1964.
- TITCHENER, JAMES L., RISKIN, JULES, EMERSON, RICHARD.—«The family in the psychosomatic process». *Psychosomatic Medicine*, vol. XXII, núm. 2, 1960.
- TZANCK, RENÉ.—«Réflexions sur la médecine psychosomatique». Ed. Julliard, Paris, 1964.
- WITTKOWER, E. D.—«The future of psychosomatic medicine». *Actas del III Congreso Mundial de Psiquiatría*, tom. III, págs. 287-290, 1962.