

BREVE HISTORIA DE LA PSICOSOMÁTICA. DIFERENCIAS ENTRE LA CONCEPCIÓN MÉDICA Y LA PSICOANALÍTICA

Ponencia para la Jornada del 16 de
diciembre de 2006, organizada por Fort-
Da,
“Pulsió, cos i paraula”

Vicente Montero

De lo “psicosomático”, en un sentido amplio, se han ocupado y ocupan una heterogénea gama de investigadores y profesionales. Como consecuencia, la variedad de discursos que se entrecruzan suele tener como elemento común sólo ese término, aunque sea diferente su significado para los distintos tipos de encuadres teóricos.

En lo que respecta a la medicina, superada la concepción mágico-religiosa predominante en sus primeros tiempos, la observación de ciertas enfermedades originadas en momentos de crisis psicológica o social hizo proponer la existencia de factores psicológicos en la etiología de determinadas enfermedades, y consecuentemente despertar el interés por conocer y dominar esos aspectos causales.

El término “psicosomático” o “psicosomática” introduce la hipótesis de una unidad funcional somático-psíquica, pero igualmente y en el

mismo proceso, separa dos campos diferentes y heterogéneos, y cuya interacción ha sido motivo de reflexión para los pensadores de todos los tiempos.

Si nos centramos en nuestra cultura, de la indiferenciación que de ambos principios hacía Homero, se pasó a la clara distinción entre el *sōma* y la *psykhē* de los pensadores presocráticos del siglo VI a.c., en especial Anaxágoras, que fue el que hizo la primera clara separación entre ambos.

Para esos autores, la *psykhē* era algo invisible que movía al cuerpo, sentía y pensaba, y el *sōma* era lo que era movido, lo que se podía ver y tocar, y para ellos, como señala Pedro Laín Entralgo¹, la diferencia entre ambas no era la equivalente al cuerpo y el alma del cristianismo, sino la de una materia sutil y otra menos sutil.

En ese sentido, esa realidad material de la *psykhē* propuesta por los presocráticos, permitió que un siglo después Hipócrates, considerado como el fundador del discurso médico occidental, también la incluyera en la descripción del cuerpo humano como una más de sus partes.

Conectada con el fuego, con el pneuma, el cerebro, la sangre, o el corazón, crecía a lo largo de la vida y visitaba todas las partes

del cuerpo, y entre otras causas, podía contribuir a su alteración mórbida. De ese modo, el tratamiento médico obligaba a no tratar sólo la parte enferma, sino que atendía la enfermedad como parte de un todo, que condicionaba, a veces de manera decisiva, el modo y la eficacia del remedio terapéutico.²

Como se puede ver, el aspecto integrador y holístico que tienen algunas concepciones actuales sobre la “psicosomática” era tenido en cuenta ya en los siglos V y VI a.c. por los antiguos padres de la medicina.

No obstante, fue Galeno, siete siglos más tarde, el autor del primero de los paradigmas importantes de la historia de la morfología humana. Heredero de todo el saber anatómico de los griegos y verdadero iniciador de la ciencia anatomofisiológica, su saber impregnó la medicina durante siglos, tanto la de bizantinos y árabes, como la de los cristianos medievales de Occidente, permaneciendo vigente hasta el siglo XVI, momento en que apareció el tratado de Vesalio, “La fábrica”, punto inaugural de la anatomía moderna y del movimiento denominado “mecanicismo”.

Platónico y aristotélico en muchos aspectos, no lo fue en cuanto a la concepción de la realidad del alma, ya que, para él, no sería otra cosa que la esencia de la mezcla de los humores correspondiente a los seres humanos.

Nada habría de inmortal e inmaterial en ella, y llegaba a afirmar clara y resueltamente que el cuerpo era nuestra única realidad. Como él mismo decía, “la utilidad, la función, el sentido vital de la actividad de todas las partes del cuerpo, es la *psykhē*, y de ésta es órgano el cuerpo”³. Por eso, además de los venenos o las dietas inmoderadas, entre otras, una causa externa de enfermedad podía ser un afecto del ánimo o una alteración desordenada de la psique⁴.

Tras la Edad Media, marcada por el pensamiento aristotélico vehiculizado por Tomás de Aquino y su separación radical entre un alma espiritual y un cuerpo material, el desarrollo de una conciencia de la propia individualidad y el afán de experiencia personal propio de la burguesía de la época, fue plantando el germen humanista y racionalista que acabó por encender la llama del Renacimiento.

En el ámbito de la medicina, la concepción panvitalista de Paracelso, en el siglo XVI, planteaba el organismo humano vivificado por una “ánima” inmaterial y superior, en el que las enfermedades podían deberse a un origen somático, pero también a un origen anímico. Por eso, y entre otros cambios conceptuales, la idea hipocrática sobre la histeria como acción del útero sobre la psique, quedaba invertida en Paracelso, considerándola efecto de la acción de la psique sobre el cuerpo, de

forma que tanto hombres como mujeres podrían sufrirla.

Más tarde, y en concordancia con el progresivo influjo del racionalismo de Descartes y el empirismo de Bacon⁵, se iban desarrollando un buen número de interpretaciones sobre la enfermedad que también se iban alejando de la concepción humoral clásica. Por ejemplo, la concepción iatromecánica o iatrofísica, postulaba al ser humano como una especie de máquina que funcionaba según una serie de leyes mecánicas e hidráulicas. Otra concepción contemporánea es la iatroquímica, que, basándose en la biología de Paracelso, consideraba que las funciones vitales eran consecuencia de diferentes procesos químicos que generaban transformaciones materiales, todo ello animado a modo de catalizador por lo que llamaban “fuerza vital”. Producto de esa visión es, por ejemplo, la concepción de Willis sobre la manía y la melancolía como efectos de alteraciones de tipo químico sobre lo que llamaba *anima rationalis*.

Años después, la Ilustración, con su culto a la razón y su método empirista, hizo multiplicarse las observaciones sobre la influencia de lo psíquico sobre lo somático. Ya en 1788, Falconer publicó su *Disertación sobre la influencia de las pasiones en relación a los trastornos del cuerpo*, y una década más tarde Tissot publicó su libro: *De*

La influencia de las pasiones del alma en las enfermedades, y los medios para corregir sus malos efectos.

También a finales del XVIII, Pinel escribía que “se había visto cómo sobrevénia la erisipela después de pesares intensos”, y describió en su nosografía los procesos denominados “neurosis de la digestión” y “neurosis de la circulación”, y a su vez, Cabanis afirmaba que “el cuadro general de la naturaleza humana se divide en dos partes principales: su historia física y su historia espiritual, y de la reunión metódica y de la indicación de numerosos puntos por los cuales aquéllos se tocan y confunden, resulta lo que se puede denominar la ciencia del hombre”⁶.

A principios del XIX, Morgagni hablaba de diarrea, cefalalgias y síncope provocados por el nerviosismo, y Trousseau insistía en el origen nervioso del hipertiroidismo y de ciertas diarreas, y a propósito de la dispepsia afirmaba: “¿quién no sabe cuán a menudo las preocupaciones morales prolongadas largo tiempo tienen una funesta repercusión en el aparato digestivo?”⁷

Del mismo modo, se encuentran ideas parecidas en los tratados médicos en lengua alemana, como en las obras de Schönlein, Ziemssen, Wunderlich, Traube o Strümpell.

No obstante, el término “psicosomático” como tal no aparecería en literatura médica hasta

1818, en la obra del internista y psiquiatra alemán Heinroth sobre la influencia de las pasiones sexuales en la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer.

Aunque su uso no se extendió hasta el 2ª tercio del siglo XX, Pavlov y Cannon volvieron a tratar el tema de lo “psicofisiológico” a finales del XIX, en relación a sus investigaciones sobre el condicionamiento animal y sobre la muerte vudú provocada por “métodos mágicos”. También a finales del XIX, Maudsley, en su libro *Fisiología de La mente* publicado en 1876, escribía que “si la emoción no se libera, se fija en los órganos y trastorna su funcionamiento”, y añadía: “la pena que puede expresarse mediante gemidos y llantos se olvida con rapidez, mientras que la pena muda que roe el corazón continuamente acaba por romperlo.”⁸

No obstante, y en plena época de fascinación por los grandes avances anatomopatológicos, fisiopatológicos y etiopatogénicos, y a pesar de que la experiencia clínica obligaba a los médicos a seguir prestando atención a los oscuros factores psicológicos de sus enfermos, en general estos temas quedaban fuera del interés científico dominante. Sin embargo, y al mismo tiempo, la “rebelión del sujeto” de finales del XIX, como la denominó Victor Von Weizsäcker, llenaba de histéricas los sanatorios.

En esa época, interesados por ese fenómeno, médicos de la talla de Briquet, Bernheim, Charcot o Janet, entre otros, ya habían apuntado que el sufrimiento corporal de la histeria resultaba de la encarnación plástica de una idea, o más exactamente, de la traducción a la lengua del cuerpo de una idea, siendo considerada una “enfermedad por representación”.

Para Charcot, esa idea era implantada desde fuera a raíz de un incidente traumático, mientras Bernheim consideraba que la representación aparecía por autosugestión. Janet, a su vez, pensaba que la dificultad estribaba en una debilidad del yo para hacer una síntesis mental entre la sensación inconsciente y el reconocimiento por el pensamiento consciente.

Para Freud, otro de los neurólogos ocupados en el estudio de la histeria, los síntomas neuróticos eran la consecuencia y el testimonio de lo que ocurría en un lugar desconocido y conflictivo, donde se enfrentaban instancias diferentes e incluso opuestas, y en 1893, comparando las parálisis motoras orgánicas e histéricas, se separaba de la idea de “lesión dinámica” de su maestro Charcot. Para Freud, la característica distribución de las alteraciones histéricas demostraba que no podían deberse a ningún tipo de lesión orgánica transitoria o permanente, y

más bien respondía a la lógica de otra anatomía diferente de la anatomía oficial del sistema nervioso, lógica que se situaría en lo denominó originariamente “segunda conciencia”, apoyándose en un concepto de Charcot, y finalmente, inconsciente.

Aunque para Hipócrates la *psykhē* era una parte material del cuerpo, y por tanto susceptible de influir en él, a la vez recomendaba no prestar atención a la opinión y la palabra del enfermo por ignorante, en favor de la correcta *doxa* del médico, sentando de ese modo las bases del discurso médico, con el exilio de la subjetividad como parte protagonista de su estructura.

Para Freud, sin embargo, indicio y sustituto de una moción pulsional reprimida (formación metafórica, como la denominó Lacan), el síntoma neurótico era portador de un significado posible de descifrar con la técnica adecuada, que esta vez no intentaba huir del error o del engaño, sino, más bien, constituirlos en su objeto de estudio.

Freud, con su *talking cure*, reintroduce el tema de lo subjetivo, separándose de ese modo del discurso médico. El discurso de la ciencia habría puesto las condiciones para el nacimiento de un nuevo discurso, esta vez “envés” del discurso médico: el psicoanálisis.

No obstante, en propiedad, el tema psicosomático nunca interesó demasiado a Freud. En 1923, en una carta dirigida a Von Weizsäcker, aunque reconocía la existencia de factores psicógenos en la etiología de algunas enfermedades, decía que prefería ver a los psicoanalistas limitarse, por razones de aprendizaje, a la investigación en el campo de las neurosis.

Doblemente marginados, por la ciencia predominante en aquel momento, y por la nueva disciplina analítica recién aparecida, y salvo algunas honrosas excepciones, aparecieron pocos trabajos sobre psicosomática desde la perspectiva psicoanalítica en el primer tercio del siglo XX. Entre ellas, en 1913, Federn presentó un caso de asma en la Sociedad Psicoanalítica de Viena y, por la misma época, Groddeck, instalado en una estación de cura del sur de Alemania, introducía su idea del “lenguaje de los órganos”, considerando a éstos susceptibles de ser afectados por las mismas interpretaciones que se hacían sobre los síntomas. Algo más tarde, en 1927, Félix Deutsch, internista y psicoanalista vienés emigrado a EEUU, reintrodujo el término “psicosomática”, proponiendo para su estudio el método que él denominaba “anamnesis asociativa libre”.

Pero quizás fue su colega Alexander, también en EEUU, quien más desarrolló el concepto de

“psicosomática”, intentando fusionar la concepción psicoanalítica con los métodos científicos. En su obra plantea introducir el pensamiento psicoanalítico en el discurso psiquiátrico, intentando aplicar los efectos psicoterapéuticos de aquél sobre las enfermedades del cuerpo y las alteraciones de sus funciones, logrando con ello que la llamada “medicina psicosomática” hiciera un cierto lazo entre la psiquiatría americana y el psicoanálisis europeo⁹. Con su escuela de Chicago, elaboró un sistema complejo sobre la especificidad de las enfermedades psicosomáticas, situando paralelamente conflictos específicos en el sentido psicodinámico, con ciertas modificaciones fisiológicas. De ese modo, consideraba que las “neurosis del sistema visceral neurovegetativo”, como las denominó, serían los correspondientes fisiológicos de ciertas emociones patológicamente crónicas, que darían como resultado una inervación errónea ligada al sistema neurovegetativo encargado de preparar al sujeto para la lucha o la huida. Así, en actitudes crónicas de rivalidad o agresividad, el sistema simpático adrenérgico estaría continuamente activado, y por ello el sujeto podría sufrir patologías crónicas como la hipertensión, por ejemplo, mientras que esas emociones reprimidas no darían ninguna otra manifestación externa ni consciente. Por el contrario, el sujeto que padeciera úlcera gástrica, por ejemplo, podría ser alguien

sometido a la exigencia de mostrarse activo de manera continua, en tanto que sus necesidades de dependencia serían rechazadas y desviadas hacia el sistema parasimpático, manteniéndose a la vez fuera de la consciencia.

Siguiendo con otros autores de inspiración psicodinámica, Dunbar, contemporáneo de Alexander, planteaba la existencia de determinados “perfiles psicósomáticos de personalidad” específicos que se asociaban a determinadas patologías psicósomáticas. Por otro lado, la frecuente observación clínica sobre una correlación entre acontecimientos vitales importantes o traumáticos y el desencadenamiento de los brotes psicósomáticos, junto a un marcado contraste con la falta total de percepción o *insight* por parte del enfermo, para quien el acontecimiento carecería de significación alguna, abrió el camino a los estudios de Pierre Marty y M’Uzan sobre la “personalidad operatoria”, y de Sifneos y Nemiah sobre la “personalidad alexitímica”, todos coincidentes en destacar la pobreza de los contenidos mentales, de la vida fantasmática y de la capacidad de simbolización de los esos enfermos. El fracaso de esa función mental compleja produciría una reacción que podría concebirse como una defensa encaminada a proteger al individuo de un sufrimiento mental insoportable o un posible desencadenamiento psicótico¹⁰.

Para acabar este recorrido histórico, uno entre otros muchos posibles, Reiser, un psicoanalista dedicado simultáneamente al psicoanálisis y a la investigación fisiológica, afirmaba que había una correlación entre los rasgos de personalidad característicos y los condicionantes genéticos, de modo que por ejemplo, en los pacientes con úlcera duodenal, sus rasgos de personalidad se explicarían por una tendencia genética a la hipersecreción que comportaría una mayor necesidad de satisfacción de tendencias orales y por tanto de dependencia, condicionando de ese modo la relación con la madre ya desde recién nacido, generándose de ese modo los problemas de personalidad. Así, para éste y para otros autores, el conflicto entre psicogénesis o somatogénesis desaparecería, recuperando la concepción psicósomática el matiz holístico de su primera fase histórica.

Las antiguas reticencias de Freud parecerían cobrar aquí todo su sentido, al comprobarse que, poco a poco, la especificidad de su descubrimiento se va diluyendo hasta desaparecer en un discurso que vuelve a exiliar la subjetividad, abrazando de nuevo el ideal de la universalización científica.

Por último, sólo una referencia a las teorías conductistas sobre la incidencia del estrés de Cannon, Seyle, Wolf o Beck, entre otros

autores, que, negando ya la especificidad del conflicto de personalidad, consideran que sólo la importancia de la situación estresante y el condicionamiento operante actuando sobre una especie de aprendizaje visceral, era suficiente para provocar lesiones orgánicas. Para ellos, las técnicas de relajación o de *bio-feedback* serían suficientes para modificar los síntomas y las disfunciones.

Ya para acabar, como reflexión final, si bien las críticas sobre la exclusión de lo psíquico por parte de la medicina en su concepción sobre la enfermedad parecerían excesivas, aunque sólo sea a la luz del somero recorrido por su historia que acabo de relatarles, sí es cierto que ya desde sus orígenes, su concepción objetivante y fenomenológica de la psique humana deja fuera de la estructura de su discurso lo más específico de la naturaleza del ser hablante.

El lenguaje, el significante y sus efectos sobre el cuerpo, incluso más allá de la eficacia simbólica descrita por Levi Strauss y destacada en todos los tratados psiquiátricos que se precien, es constituyente del ser, o mejor dicho, de la falta en ser que habita en el organismo humano.

Para los seres hablantes, su cuerpo no es exactamente equivalente a una suma de órganos tal y como lo entiende la medicina. Por el contrario, más bien es el efecto del

entrelazado de las imágenes constitutivas que le dan unidad imaginaria, y de los significantes de la lengua que lo bañan y le dan cuerpo simbólico. Ambos, junto a lo real, anudados en una estructura topológica que hace imposible pensar en uno sin los otros, harán de un organismo un cuerpo verdaderamente humano.

Desconocer esto, excluir lo que es específico del ser hablante, ser sujetado y atravesado por el significante, “animado” por el deseo, habitado por el goce, diferencia radicalmente el discurso médico del psicoanalítico, ya sea en lo concerniente a la comprensión del sufrimiento neurótico o psicótico, como en lo referente a lo que hoy nos ocupa: la afección del significante sobre la carne.

Y ahí, cada sujeto con su nombre, con su propia historia, con su exclusiva articulación simbólica, imaginaria y real, con sus marcas intransferibles, tendrá o no en su cuerpo los particulares efectos de los afectos, que por eso los son. No habrá para el psicoanálisis, pues, “enfermedades psicosomáticas”. No cualquier asma ha de ser psicosomática, por ejemplo, como tampoco una alucinación es patognomónica de una psicosis. De nuevo el “caso por caso” es la única vía posible.

En el fenómeno psicosomático, un órgano rompe la homeostasis del resto del organismo y, por

decirlo así, se vuelve “loco”. En la concepción psicoanalítica, no es ya sólo el efecto de una estimulación nerviosa u hormonal “tóxica”, como ocurre en ciertos “trastornos funcionales” aceptados plenamente por la medicina, sino una “estasis de libido”, como diría Freud, o una “holofrase” o “condensación de goce”, como diría Lacan, y esta vez ya no será portadora de un sentido dispuesto a ser convertido en mensaje consciente.

No habrá ahí un sujeto dividido por la palabra, probablemente no habrá pregunta, tampoco demanda, sólo algo mudo, no descarnado. Pero quizás nos interroge a nosotros, como un jeroglífico escrito con unos rasgos desconocidos, medio enterrado en la arena, en mitad de un desierto.

16-12-06

¹ Laín Entralgo, Pedro. *El cuerpo humano en Oriente y Grecia Antigua*. Madrid, (1987). Editorial Espasa Universidad. Pág. 93.

² Laín Entralgo, Pedro. *Historia de La medicina*. Barcelona, (1990). Editorial Salvat. Pág. 90.

³ Kühn, C.G. “Claudii Galeni Opera Omnia”. K III, 2. Hildesheim, (1965). Citado por Laín Entralgo en *El cuerpo humano en Oriente y Grecia Antigua*.

⁴ Laín Entralgo, Pedro. *El cuerpo humano en Oriente y Grecia Antigua*. Madrid, (1987). Editorial Espasa Universidad. Pág. 149.

⁵ Jose M^a Álvarez, Ramon Esteban, François Sauvagnat. *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Editorial Síntesis. 2004. Madrid. Pág 58.

⁶ André Haynal y Willy Pasini. *Manual de medicina psicosomática*. Barcelona (1980). Editorial Toray-Masson. Pág. 12

⁷ André Haynal y Willy Pasini. *Manual de medicina psicosomática*. Barcelona (1980). Editorial Toray-Masson. Pág. 12

⁸ André Haynal y Willy Pasini. *Manual de medicina psicosomática*. Barcelona (1980). Editorial Toray-Masson. Pág. 4

⁹ Yemal, D. “El lugar del fenómeno psicosomático en la práctica analítica”. *Estudios de Psicología*. Vol. 1. Comp. de Vera Goreli. Buenos Aires (1993). Ed. Atuel Cap.

¹⁰ Anguera de Sojo Peyra, I. *Medicina psicosomática*. Barcelona (1988). Editorial Doyma. Pág. 10

[SUMARIO](#)