

Medicina Psicosomática
y Medicina Antropológica

Para V. Weiszäcker la medicina psicosomática sólo tiene razón de ser inserta en un plan general de reforma de la medicina. Su máximo objetivo consiste en encontrar un sentido a los trastornos funcionales, en descifrar el lenguaje de lo orgánico. Cuando alguien registra la reacción vaso-motora que se produce por un susto o por una alegría sugerida hace psicofisiología. Está bien, pero no basta. Es necesario intentar comprender *el sentido* de ese susto o de esa alegría que se expresan mediante la regulación vaso-motora. Entonces es cuando se introduce, en esa situación, *el sujeto*. Existe una psicosomática de base *científico-natural* y otra de base *antropológica*. Sólo la última es la que posee la virtud de poder reformar la medicina. Resulta útil saber la influencia de las psicosis, de la vida en los sanatorios o en el ejército sobre la tuberculosis; pero con éso no averiguamos *cómo se materializa un conflicto interno o externo*, los cuales no son responsables en un proceso tuberculoso. Lo mismo podríamos decir del *ulcus*, de la *angina pectoris*, de la *tonsilitis*, etc.

Muchos pretenden que la realidad psíquica se ofrece desvelada y abierta y que basta sólo acercarse a ella para aprehenderla cómo con las manos. Muchos analizan el «suceso» corporal y dejan intacto al psíquico. La medicina psicosomática tiene que apelar a la psicología profunda o dejar de existir. Tanto los procesos corporales como los procesos psíquicos inconscientes se esconden ante la mirada de la conciencia; por tanto, los procesos inconscientes tienen que ser investigados con la misma acuidade que los corporales.

Cuerpo y psiquis no constituyen una unidad, *pero andan juntos*. Hay entre ellos, *una tendencia a la separación y a la unión*. Las células se encuentran con las células, los órganos

con los órganos, las personas con las personas. En cada encuentro nacen los trastornos que llamamos enfermedades.

En los trabajos que ha realizado la escuela de V. Weiszäcker encontramos un ejemplo de cómo se puede investigar el «encuentro» con la naturaleza y analizar sus manifestaciones físicas y psíquicas. En la investigación psicosomática no se trata de saber que también lo psíquico influye sobre lo corporal, sino de afirmar que en las enfermedades orgánicas *también el cuerpo tiene algo que decir. Este decir es el que hay que descifrar.* No se trata pues, de una patología funcional, ni de averiguar la parte que en las enfermedades corporales desempeñan las regulaciones nerviosas.

La idea de causalidad es muy estrecha y problemática para abordar el problema psicosomático. V. Weiszäcker mismo no acepta la calificación de «angina psicógena» que Bilz introdujo para calificar los casos en los que una angina aparecía en una situación psíquica. No hay manera de saber, dice, quién ha empezado, si la psiquis o el soma. No se puede tampoco afirmar, en un proceso así, la prevalencia del soma sobre el psiquis o viceversa. No hay ninguna causalidad. Si se utiliza la expresión de *psicogenia*, con ello sólo quiere señalar un *error* histórico que consiste en que *en lugar* de un trastorno psíquico se ha presentado uno físico. La clínica de la migraña, de la angina de pecho, de los colecistópatas, demuestra con gran precisión un fragmento de *vida psíquica no vivida*, en el amor o en trabajo, si se presenta por un síntoma corporal. Esta *función vicariante* de lo corporal sobre lo psíquico y viceversa, explica que la curación psicoterápica de una enfermedad orgánica provoque un estado, en los límites de las psicosis. De la misma manera que hay una *materialización* de un conflicto puede aparecer *espiritualización* cuando aquella se disuelve. La psicoterapia de la enfermedad orgánica es una neo-producción de un conflicto.

La mitad de esta antilógica la expresa Freud con la frase: «was er war, soll ich werden», que V. Weiszäcker completa con la siguiente: «was ich war, soll es werden». Todo proceso corporal: inflamación, hipertensión, hiperglucemia, adelgazamiento, edema, tiene que ser comprendido como símbolo, no como función. Toda psicoterapia, al mismo tiempo que hace inconsciente algo inconsciente, tiene que reprimir una parte de lo consciente. La enfermedad tiene el sentido

de conducir al enfermo hacia el sentido de su vida. La medicina natural sólo le ha enseñado hasta ahora a mirar su invalidez.

Mitscherlich señala que la investigación psicosomática se despliega en dos direcciones: 1.º, la investigación empírica de las unidades psicofísicas, o sea, una fisiología de los afectos y de los humores. 2.º, el desarrollo empírico de una investigación *comprensiva* de los procesos expresivos patológicos. Es imposible obtener resultados valiosos de la fisiología experimental de las emociones, sin penetrar en el estudio del sustrado inconsciente de la emoción. La angustia no puede investigarse sólo en el laboratorio como un proceso de excitabilidad nerviosa, sino que es necesaria la colaboración del psiquiatra para establecer el balance afectivo de la persona. El psiquiatra, por el contrario, debe conocer los límites y posibilidades fisiológicas del lenguaje de los órganos si quiere obtener conclusiones sobre la normalidad o anormalidad de la reacción.

El criterio de «curación» es decisivo, según Mitscherlich, para señalar la diferencia entre la medicina habitual y la medicina psicosomática. Las enfermedades son, es verdad, procesos anatómicos o funcionales que pueden retroceder o no; pero hay que buscar si tras esos «episodios» se esconde una *problemática vital retrasada*. Si esto es así, sólo podrá hablarse de curación cuando se alcance una modificación de carácter o de la conducta que permita una adecuada inserción de los síntomas en la estructura de la personalidad. El cuerpo es algo que se tiene al mismo tiempo que se es. Tener el cuerpo significa que las vivencias se expresan corporalmente de un modo total, definitivo, exhaustivo. La vivencia se transforma en suceso, en hecho del mismo modo que ocurre en las acciones voluntarias; la diferencia está en que la mutación entre «excitante» y «reacción» se hace aquí en el plano inconsciente con su versión vegetativa. La elaboración inconsciente de la vivencia crea la situación reactiva que decide del curso favorable o desfavorable de la enfermedad. Los trabajos de Portmann y otros biólogos recientes, demuestran que existe en el ser una tendencia a la *autorepresentación orgánica*; lo mismo afirma el psicoanálisis por lo que respecta a la vida vegetativa. Si un movimiento expresivo, ligado a un instinto encuentra impedida o dificultada su manifestación, se produce «otro movimiento» que descarga

la tensión interna. La moderna teoría de los instintos llama a una acción de este tipo. En el lenguaje psicoanalítico se habla de «desplazamiento» o sublimación.

Los factores inhibidores de la descarga instintiva proceden de los «tabús» sociales. Los conflictos críticos con el «tabú» se expresan en síntomas histéricos, ataque de migraña, anginas o eczemas. El psicósomático se queda sorprendido por la gran riqueza de ocurrencias del enfermo; a veces los síntomas pueden verse «in status nascendi», durante el análisis. Esa posibilidad creadora de síntomas demuestra una libertad de acción del inconsciente. No son sólo las prohibiciones sociales las generadoras de síntomas, sino también la falta de modelos afectivos de reacción. En los momentos críticos, el yo capitula ante los problemas y el juego dramático se desplaza hacia el plano vegetativo. Hablar en estos casos de «lucidez en la enfermedad» sólo es verdad parcialmente, puesto que muchas veces un enfermo es capaz de una decisión vital después de una enfermedad, mientras que antes de ella se hallaba sumido en un estado de impotencia y de renunciamiento. La enfermedad internamente se incluye en una unidad porque *la inteligencia biológica* elabora y domina, lo que la otra inteligencia no puede hacer.

La cronicidad de las enfermedades constituye un problema especial. El *ulcus* de los viejos o su *glaucoma* no sólo son distintos patogenéticamente del de los jóvenes, sino, sobre todo, psicósomáticamente, es decir, por su situación biográfica. En estos casos, tampoco la inteligencia biológica puede digerir el problema. El recurso al drama biológico es un intento fallido de superar una crisis personal. El peligro entonces consiste en la dehiscencia de la simultaneidad psicósomática y la provocación de una *autonomía secundaria* de los procesos orgánicos. En las enfermedades agudas, la investigación psicósomática tiene un interés teórico; pero en las crónicas es imprescindible la *anamnesis biográfica*. La cronicidad significa que en un momento de la vida se ha producido una frustración. La sintomatología neurótica es la primera solución de compromiso de la crisis. Las fuerzas libidinosas no integradas productivamente, impiden la maduración de la personalidad y determinan su aislamiento social. Una enfermedad crónica se establece cuando la posibilidad de maduración personal se encuentra bloqueada. La cons-

ciencia de la crisis se reprime, mientras que el movimiento vital sigue su curso en busca de soluciones: así se engendran, en una primera fase, mecanismos neuróticos de defensa y, si no bastan, enfermedades orgánicas. Mitscherlich llama a este proceso, en dos etapas, *represión bifásica*. Es curioso observar que el mismo despliegue bifásico se presenta en la recuperación cuando desaparecen los síntomas orgánicos, aparece una «re-neurotización» transitoria.

Una insuficiencia relativa de la antropología psicoanalítica radica en la ignorancia del papel desempeñado por la fantasía en la vida de los instintos. La instancia que falla en la trilogía *ello-yo-super-yo*, dice Mitscherlich, es la fantasía como actividad anímica inspiradora. Las acciones instintivas no tienen su objetivo pre-fijado, por la misma razón que el hombre no vive en un mundo circundante estable, sino en un mundo abierto que continuamente está proyectando. (Sobre la fantasía en la dinámica humana, veánse los fundamentales trabajos de Vetter y de Kunz, Marzolin, desde otro punto de vista, también se encuentra atraído por el tema de la fantasía en los procesos psicósomáticos).

Mitscherlich habla de la «simultaneidad psicósomática». Schultz Hencke de «*psychosomatische gleichzeitigkeit-korrelat*»; Siebeck y Th. v. Uexküll utilizan conceptos tales como «*Grund stimmung*» y «*Stimmung*», etc.

Todos ellos parecen postular un fondo común del cual emerja la sintomatología psicósomática. Ahora bien, ¿cual puede ser ese fondo común? A mi modo de ver *no puede ser más que uno que defina la situación existencial primordial. Se trata siempre de un estado de ánimo*. De todos los estados de ánimo que sirven de base para la emergencia de trastornos neuróticos y psicósomáticos, el más típico es *la angustia*; pero no el único, sino que a su lado se alinean la náusea, el tedio, el vértigo, etc., etc. Estos vocablos, a pesar de estar tan anclados en el lenguaje, tienen una atmósfera anfibiológica. En primer término, la experiencia de los enfermos no es igual a la de los sanos. La angustia del enfermo no es *cualitativamente* la misma que la del sano: lo mismo ocurre con los demás estados de ánimo. El enfermo muchas veces tiene una gran dificultad, en expresar sus trastornos: «tengo una cosa aquí, que va de aquí a aquí y se corre hacia allá». Esta expresión sin sentido, revela la honda inefabilidad de esas experiencias. El síntoma es la

expresión de la experiencia interna: por ejemplo, la cefalea. El análisis vivencial de qué siente el enfermo cuando dice que le duele la cabeza, permite descubrir que no se trata de dolor sino de una forma de angustia.

PSICOGÉNESIS Y CATAGÉNESIS

Christian dice que la cuestión de las relaciones entre el soma y la psique es la expresión de una «mauvaise conscience» por haber separado, ontológicamente, los dos planos; pero, en cualquier caso, es el problema nuclear de la medicina psicosomática. Precisamente, el «hecho psicosomático» consiste en la necesidad ineludible de ensamblar, en una forma y otra, las dos vertientes somática y psíquica. Hasta qué punto esta pretensión es metafísica, en el sentido de Nicolai Hartmann? Pero la patología psicosomática frente a una realidad clínica, constituiría un error plantearla como un problema metafísico y no tratar de aproximarse a ella por le mayor número de planos posibles.

1.º — La versión de lo psíquico a lo somático no es *equipotencial*, se trata del paso de un estrato del ser a otro, en el que rigen leyes distintas. La palabra «psicogénesis» ha llevado muchas veces a la idea errónea de creer que lo que se producía psíquicamente era reversible mediante una u otra forma de psicoterapia. O sea, que lo convertido, en la reacción de conversión, era retro-convertible.

La experiencia clínica demuestra que no es así. Hay enfermedades en que el factor psicológico actúa provocándolas, pero que una vez provocada la enfermedad, ya no es reversible como las típicamente psicógenas. La provocación de una enfermedad por un choque psíquico es conocida de antiguo. Trato de referirme aquí a otro modo de provocación más específico. Por ejemplo, el caso de una mujer que está presente en un juicio contra su marido. En el momento en que se pronuncia la sentencia de muerte contra él, en un gesto de horror, gira la cabeza separándose del Tribunal y del acusado, como para no verlos. Desde entonces se instaura un tic sobre cuya psicogenia no había duda, al principio. Las dudas surgen cuando pocos meses después, el tic se convierte en un espasmo de torsión. En estos casos la emoción desencadenada y el síntoma están

en una relación simbólica y sin embargo, el trastorno una vez puesto en marcha sigue su camino independiente del trauma psíquico, que lo provocó.

En otro caso se trataba de una mujer casada, de 40 años, esposa de un empleado que, en ascenso ordinario en su carrera, es trasladado de Barcelona a Madrid. A la esposa no le gustaba el traslado. Había nacido en Barcelona, su padre vivía allí, etc., etc. En el momento de coger el pasamanos para subir al tren, nota un hormigueo en la mano. Durante el viaje nocturno el hormigueo se le extendió al brazo, que, además, le resultaba dificultoso mover. Al día siguiente, existía una ligera dificultad al andar. Cinco días después el cuadro de una forma aguda de una esclerosis en placas se había instalado. La enferma murió por parálisis respiratoria a los diez días.

Casos como éste demuestran que, a pesar de su relación simbólica, una enfermedad puede revelarse como netamente orgánica. Pues bien, también ocurre esto, y con mucha frecuencia, en los trastornos psicosomáticos; por ejemplo, un acceso de asma, una colitis mucomembranosa, etc. Aparecen con determinados síntomas psíquicos, pero la revelación de todos los traumas conscientes e inconscientes de esa situación no basta para hacer ver la persistencia del trastorno, sino que éste sigue ya autónomamente establecido. A este tipo especial de acción psíquica propongo llamar «*catagénesis*», en lugar de psicogénesis.

2.º — Los trastornos psicosomáticos tienen algún carácter evolutivo sobre los que conviene insistir.

El primer término, pueden aparecer en una situación aguda, en una verdadera crisis. La crisis se muestra muy rica en síntomas. Durante el curso clínico, se ve cómo los síntomas van disminuyendo en intensidad. Tal disminución tiene además un carácter especial, ya que se hace sobre todo, en la carga afectiva de los mismos, es decir, su carácter de «sufrimiento». Por ejemplo, una crisis aguda angustiosa acompañada de opresión, palpitaciones inseguridad, etc.

De todo el gran complejo sintomatológico queda, sin embargo algún síntoma que tiene carácter más persistente. *Estos síntomas además, se sitúan más lejos, periféricamente en la esfera de las vivencias. La distancia del yo, tiene tendencia a objetivarse. Este es un proceso de alotropía del*

síntoma. En la transformación de un cuadro agudo en un cuadro crónico de carácter hipocondríaco, tal evolución se ve muy claramente.

REACCION CRISTALIZADA

Con el nombre de *reacción cristalizada* he descrito el siguiente hecho en la patología de la vitalidad. En un determinado sujeto se halla su vitalidad en equilibrio aparente, pero inestable; apenas el mismo lo percibe, aunque ligeros barruntos de su inestabilidad vital llegan a su yo. Una impresión fuerte cuaja la inestabilidad y provoca una perturbación permanente; por ejemplo, una noticia triste provoca una depresión que sólo aparentemente es reactiva. La prueba de que no se trata de una depresión reactiva, la suministran dos hechos: 1.º La depresión persiste, a pesar de que cesa el motivo determinante. 2.º A medida que pasa el tiempo, el depresivo se olvida del motivo de su depresión, y los contenidos de la misma son los mismos que caracterizan las depresiones vitales (pesimismo, malestar, desesperación, sentimiento de culpabilidad, etc.). Estas son las depresiones clásicamente llamadas «depresiones provocadas». Con mayor claridad se ve todavía esta cristalización de la vitalidad perturbada con las timopatías ansiosas.

El mismo fenómeno de cristalización que existe en la transformación de una tristeza o angustia reactiva en una tristeza o angustia endógena, existe en el sector somático. El trastorno que subyuga a toda la sintomatología timopática se halla en estado latente y cualquier hecho, una exploración misma, es capaz de desencadenarlo.

«En junio de 1944 a consecuencia de un disgusto, empecé a notar dolores de cabeza al toser. El médico me inyectó agua fría en los oídos y desde entonces comencé con los mareos. Nunca he perdido el conocimiento, nunca me caí, era como una sensación de inseguridad». El enfermo completa su sintomatología con una larga lista en la cual emergen la tristeza, el mal humor, la ansiedad. La enfermedad evoluciona físicamente y remite con el tratamiento adecuado. Las exploraciones, siempre negativas, incluso las ontológicas.

En casos como éste, es posible pensar que el estímulo ha actuado fijando psicógenamente el trastorno; pero no

debe excluirse la posibilidad de que el trastorno funcional latente cristalice sintomatológicamente por la influencia desencadenante del estímulo.

De todos modos, esta explicación no es exhaustiva. En los primeros días, o, precisando más, en el primer día de la depresión, un sujeto sufre una larga serie de vivencias; de entre todas éstas, una es, precisamente, aquélla a la que queda anudado el contenido depresivo. Un análisis cuidadoso pone de manifiesto los motivos por los que tal vivencia pudo ser elegida, pero en algunos casos todavía queda un fondo enigmático. Indudablemente, en estos casos, podrá ser una vivencia con especiales resonancias en el subconsciente del individuo; pero puede desecharse totalmente la idea de una coincidencia casual? V. Weiszäcker rechaza de plano esta idea. En un destino individual todo se halla enlazado y el azar puro no juega si no se engarza en la propia línea del destino. Yo no me hallo tan absolutamente persuadido de ello.

La experiencia del cuerpo

El análisis de la situación psicósomática, desde el punto de vista antropológico, el primer problema que plantea es el del cuerpo humano. Tanto desde el punto de vista antropológico existencial, como fenomenológico, se han publicado excelentes trabajos en estos últimos años (Bros Christian, V. Weiszäcker, Plüge, G. Marcel, Merlau-Ponty, Zutt Buytendijk, López Ibor).

En primer término, conviene tener presente que la noción de *esquema corporal* que tanto interés ha despertado en el neurología reciente, apenas si tiene valor aquí. Para explicar los síndromes de negación corporal y de extrañeza del mundo exterior, Förster, siguiendo a Wernicke, pensaba en una destrucción de la «somato-psique», es decir, una asomatognosia general elemental. La somato-psique se constituiría, según Wernicke, de la siguiente manera: en cada sensación existen dos elementos, uno sensorial específico y otro muscular, resultante del movimiento necesario para la adaptación del órgano sensorial el estímulo recibido. El sentido de la realidad deriva de una asociación entre componentes sensoriales y miógenos. Por el contrario, la disociación de los mismos y la no percepción o ausencia en la conciencia de

los componentes miógenos, daría lugar al síndrome de negación de la corporalidad en cualquiera de sus procesos. Demy y Camus emitieron una teoría parecida: también para ellos el sentimiento de extrañeza provendría de un «ébranlement des centres corticaux où son fixées et enregistrées les images des sensations internes ou organiques auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle». Estas sensaciones internas u orgánicas constituyen la cenestesia.

Pero, en la vida corriente, no estamos proponiéndonos siempre efectuar un análisis introspectivo del «yo», sino que este centro dinámico y personal se «vive» en su propia actividad, en contacto con el mundo exterior. Este contacto se realiza, además, a través de un medio, que es nuestro propio cuerpo, que por una parte pertenece al mundo exterior, al mundo de las cosas u objetos, y por otra nos pertenece a nosotros mismos. Es curiosa la relación que nos liga a nuestro propio cuerpo. Cuando no pensamos en ella, la vivimos como si el conjunto «cuerpo e experiencia psicológica» fuese un centro del que irradiase nuestra actividad. Esta es una experiencia indiscriminada, pero, vueltos hacia ella, pronto nos damos cuenta de su carácter dual, que se halla reflejado muy bien en las expresiones que Gabriel Marcel ha elegido para señalar la nota esencial de nuestra relación con el cuerpo. *Somos nuestro cuerpo y tenemos nuestro cuerpo.* Por una parte, nos sentimos unidos al cuerpo, en una situación concéntrica de yo y corporalidad, pero, por otra parte, sentimos la corporalidad excéntrica con respecto al yo, y por eso la tenemos a mano, la objetivamos como las cosas del mundo exterior.

A la unidad de la experiencia del yo psicológico corresponde una unidad de experiencia del yo corporal. La experiencia cenestésica es, pues, *única* en este plano. La existencia de lo que llamó Scheler sentimientos vitales, con un carácter global, lo demuestra. Nos sentimos cansados o eufóricos a *la vez*, como una sensación *global* de la corporalidad. Entonces, cómo compaginar esta experiencia única con las experiencias localizadas, anteriormente citadas, como el caso de la epilepsia, de las anosognosias parciales, etc.?

La experiencia del yo corporal no se ofrece como una noticia pasiva; es un error creer, como en el antiguo concepto de cenestesia, que se trata de una especie de telegramas que va enviando cada órgano — y por qué no cada

célula? — a un centro donde anida esa percepción del yo corporal que llamamos cenestesia. El mismo inciso que acabo de hacer demuestra lo absurdo de la hipótesis; porque, en realidad, la experiencia cenestésica no es posible, a la vez, como procedente de todas las terminaciones sensitivas que existen en el cuerpo, sino que se establece con carácter *relectivo*. De ahí que no sea una suma, sino una experiencia global en bloque y primaria, que secundariamente podrá ser analizada. Lo que ocurre es que se siente *proyectada* en territorios diversos, *según sea la actividad del sujeto*. En el caso antes citado, el enfermo notaba la extrañeza de la mano, precisamente porque *allí* estaba la actividad del sujeto en aquel momento.

Estamos acostumbrados a pensar en esquemas y éstos nos inducen a error. El definir la relación del yo con su cuerpo como concéntrica al mismo tiempo, nos induce a operar con el esquema de un «yo» puntual una especie de sol del sistema corporal humano que irradia desde allí sus energías, y que recibe de la periferia sus noticias y mensajes.

Esta idea es absolutamente falsa. Tratemos de lograr una imagen de nuestro cuerpo en una experiencia de introspección. Lo que aparece, lo que está presente, es la parte del mismo que se apoya en la cama donde está echado. Si nos ponemos de pie se desplaza la experiencia de la corporalidad. No hablemos de las experiencias patológicas. Allí donde pasa u ocurre algo estamos en aquel momento, allí se halla situada nuestra «vivencia del yo». Y como el «yo», psicológicamente, no es más que una experiencia podemos decir que allí está situado el «yo». No es, pues, una vivencia que se distancia, sino que se funde con la actividad momentánea. Fuera de esta zona donde se proyecta el foco luminoso de la actividad, reina la sombra.

Precisamente por esa actividad es por lo que todas las experiencias de despersonalización existe esa nota de inapropiación. La actividad es lo que tiene de mía la experiencia, y si ésta se perturba, entonces ya no aparece tan mía (sensación de extrañeza).

La actividad asume la impresión que se produce y la incorpora al resto de la vida psíquica. El presente se enlaza con el recuerdo con el pasado. De ahí la experiencia del «dejá vu» cuando se perturba esta modalidad de asimilarse al presente.

El papel de la angustia es evidente y esencial. Según he tratado de exponer en varias publicaciones anteriores, *la angustia consiste en la experiencia de la amenaza de la disolución del yo*. Esta disolución del yo puede realizarse en varios planos, y uno de ellos es el de su fusión con la corporalidad. En la experiencia angustiosa aguda, todos los planos se recorren rápidamente, y lo que el sujeto siente es la pura angustia sin saber por qué, es decir, sin referirla a nada. Cuando la experiencia se despliega más lentamente ofrece su anatomía interna, y una de sus regiones topográficas está constituida por la fusión del yo con su imagen corporal. En la amenaza de la disolución, ésta se enajena, se convierte en extraña, a veces como totalidad, a veces como parte, según el yo se sienta total o parcialmente amenazado. Por eso el enfermo dice. «Este cuerpo no es mio», y al objetarle, modifica su expresión, y dice: «Como si no fuera mio».

«Ich kann mein Körper mich haben, ohne ihm zugleich diese oder jene Bedeutung zu geben. Das Haben in diesen Sinne ist ein Vorgang der den Akt der Bedeutung und Sinngebung a priori einschließt». Pero si es verdad que tenemos nuestro cuerpo y que, por tanto, al tenerlo, le concedemos un sentido en nuestra vida, no lo es menos que el cuerpo nos tiene a nosotros, lo cual quiere decir que limita las posibilidades de sentido que podemos conceder a nuestra vida. Encontrar un sentido a la vida, es un proceso de iluminación existencial que no puede dilatarse absolutamente. Tal proceso tiene su zona de misterio, de inaprehensibilidad, su límite. Por eso la enfermedad tiene también algo oscuro y no puede iluminarse totalmente.

Hallar en una enfermedad una continuidad de sentido es, quiérase o no, espiritualizarla y destruirla su realidad. El problema difícil se halla en encontrar el límite entro lo que tiene sentido y lo que no lo tiene.

LA ESTRUCTURACION DE LOS SINTOMAS PSICOSOMÁTICOS

Un problema muy interesante en el dinamismo de las correlaciones psicosomáticas es el que podríamos designar con el nombre de *tendencia a la objetivación del trastorno* a partir de la crisis angustiosa. Esta tendencia se muestra

tanto en el plano psíquico como en el somático, demostrando una vez más el carácter unitario y dual de la crisis angustiosa. Psicopatológicamente, la crisis se vive como amenaza de la disolución del yo. En este momento emergen los instintos y las defensas contra los mismos, constituyéndose de esta suerte las fobias. La fobia supone la existencia de un proceso de objetivación — En la fobia, el enfermo tiene la vivencia de algo extraño a él, que se le impone y contra la cual lucha: un cuerpo extraño que se ha incrustado en su psiquismo. En la crisis, pues, ha habido un proceso de desintegración de complejos que han captado una cierta fuerza autónoma, como satélites desprendidos de la unidad de la personalidad. Cuando la angustia se encroniza, los satélites adquieren mayor relieve e importancia y la angustia pasa de ser una vivencia manifiesta a un estado latente con emisión continua de radiaciones energéticas que permiten a los satélites — impulsos, obsesiones, fobias — seguir recorriendo sus órbitas propias.

Esto mismo pasa en lo somático. La crisis angustiosa va acompañada de una serie de fenómenos que son proyecciones de la misma sobre los planos somáticos y visceral. Durante la crisis están todos allí prestos a desprenderse, pero una vez pasada su agudeza, vuelven a ser reabsorbidos y el sujeto siente su cuerpo como lo siente el sano, es decir, sin parar mientes en sus mecanismos, sin saber casi que los posee. Pero si la crisis persiste, también en lo somático existe esa *tendencia a la objetivación* que hemos señalado en lo psíquico. El trastorno, taquicardia, alteración respiratoria, parestesia, etc., que realmente pertenece al sujeto, parece para el mismo como si se convirtiera en objeto de cosa. De esta *autonomía de los síntomas viscerales y vegetativos surgen las neurosis orgánicas.*

En la neurosis orgánica o visceral se desprende un complejo sintomatológico formando una unidad autónoma. Si se investigan las causas con precisión, a menudo se tropieza con el resto de la sintomatología de la crisis inicial. El enfermo que está angustiado por sus palpitaciones o su opresión precordial, tiene además ligeras sensaciones vertiginosas y otros trastornos. Sólo que éstos quedan en el fondo, borrados y casi desaparecidos. En algunos la autonomía de la sintomatología visceral sería absoluta si no fuese por la penumbra angustiosa que la rodea.

Este proceso de formación de una península sintomológica es análogo al que ocurre con las obsesiones, y constituye, sin duda alguna, una ley general de la patología de la vitalidad. Y quizá más general todavía. Lotmar, para interpretar los síntomas que aparecen en muchas enfermedades extrapiramidales, habla del aumento de excitación de ciertos núcleos (pálido, cuerpo de Luys, etc.) *por su aislamiento de los demás*. El proceso patológico corta las corrientes que establecen los circuitos funcionales entre unos núcleos y otros. El núcleo aislado queda en morbosa hiperactividad.

La crisis de angustia es, en el fondo, una desintegración percibida en el plano psíquico y en el cenestésico. Una enferma, por ejemplo, relata su crisis de la siguiente manera: lo primero que siente es que al tocarse ella a sí misma, por ejemplo, al cruzar las manos, tiene una sensación especial distinta de la táctil habitual, algo así como si no tuviera piel. Después siente como una tendencia al desvanecimiento, pero a una forma rara especial. Más bien es como si fuera a salirse de sí misma, a desdoblarse. Inmediatamente después, le aparecen ya la taquicardia con la ansiedad, o cualquiera otro de los síntomas suyos vegetativos. Al final tiene una gran sensación de quebrantamiento.

LA ESPECIFICIDAD DE LOS TRASTORNOS

En resumen, la dinámica psicósomática puede ahora darse desde distintos puntos de vista. En el fondo se tropieza siempre con el problema filosófico de las relaciones entre el alma y el cuerpo, que como todo problema metafísico seguirá siempre, irresoluto y presente, a la investigación. La patología psicósomática ha contribuido, en algo, a esclarecer el problema? Realmente sí, pero sólo en puntos concretos. Estos avances concretos se han realizado en dos frentes: uno, el neurofisiológico, y otro el clínico. Tanto en uno como en otro poseemos conocimientos que hace cincuenta o cien años no se tenían. Son conocimientos substanciales? Desde un punto de vista radical, substancial suponen un avance el que hablemos ahora del aparato reticular o del lóbulo temporal, donde Descartes hablaba de la glándula pineal? La contestación a esta pregunta depende del punto de vista en que se sitúe el investigador.

A mi modo de ver, el problema esencial radica en el modo de encontrarse el «yo» con el cuerpo. El cuerpo es un instrumento del «yo». El avance en el conocimiento consiste en saber los modos y límites de la disponibilidad del cuerpo que tiene el yo. Ese es, en verdad, el radical problema psico-somático, como recientemente afirma Haeblerlin. El cuerpo humano tiene un carácter intencional. La intencionalidad atribuída a la vida psíquica es realmente intencionalidad de todo el ser, es decir, de la unidad hombre. Pero esa intencionalidad se despliega en un gran espectro de posibilidades. Su dinámica no es la misma en el hombre sano que en el enfermo. El trastorno psicossomático aparece en la frontera de la intencionalidad, de ahí que lo fisiológico se pueda convertir en psicológico; pero, en esa conversión apunta ya su carácter morboso. Hay estratos fisiológicos que nunca son psicológicos, salvo cuando enferman. La investigación psicossomática supone un avance, a través de la patología, del modo cómo el cuerpo está presente en el área intencional del yo. Es una zona de confluencia de dos mundos distintos. Plantear el problema de las relaciones psicossomáticas como el modo de contactar una «res cogitans» con una «res extensa», como hacía Descartes, es renunciar a encontrar otra solución que no sea metafísica. La patología psicossomática debe partir, por el contrario, de la *disponibilidad del cuerpo*, en relación con la *intencionalidad del yo*.

Dejo para una próxima ocasión otros aspectos del problema de la especificidad de los trastornos psicossomáticos. Pasando revista a los dinamismos anteriormente citados y confrontándose con la experiencia clínica, se tiene la impresión de que cualquiera de dichos dinamismos puede tener lugar en un caso concreto, unas veces estamos, al parecer, ante una reacción de conversión o ante una inferioridad orgánica, o ante una vía final común o ante una sustitución o suplencia, ya se conciba el modo de Kubie o al de V. Weiszäcker. Pero al ligar un determinado órgano con un determinado conflicto tropieza, muchas veces, con un hecho clínico evidente: la transportabilidad por así decirlo, de muchos trastornos psicossomáticos; un enfermo sufre, en un momento de su vida, de crisis asmáticas, y en otro de vértigos o de una depresión. Si la historia la cortamos en el primer segmento, sólo pensamos en el asma como enfer-

medad psicosomática, pero no si pretendemos seguir la vida del enfermo y tratar de interpretar de un modo conjunto su expresión morbosa psico-somática, por variada que sea. Por otra parte, como se ve en muchos trabajos, los conflictos actuales se van tornando, en su interpretación, en conflictos que están en la misma raíz evolutiva de la persona hasta llegar a una desviación primera en la evolución psicofisiológica por alteración de la relación «madre-niño», o aún antes, en pleno desarrollo fetal, como pretende Grenache.

Esta profundización en la interpretación histórico-individual de las manifestaciones clínicas, hablan en favor de que en todo trastorno psicosomático existe un subsuelo común, una alteración en la *estructura primaria del ser*, que cristaliza después en alteraciones clínicas claras. También alude a la posibilidad de que existan estructuras o formas vitales que subyazcan a las propias estructuras funcionales de los órganos y sistemas. En una asmática, p. ej., podemos interpretar simbólicamente su proceso retentivo del aire. La simbología puede hacer alusión a contenidos psicoanalíticos o a experiencias existenciales. Esta misma asmática tiene en su primer parto de un segundo matrimonio un espasmo del cuello del útero que tiene que resolverse mediante cesárea. Existe en ese espasmo la manifestación de un principio retentivo análogo al que, en sus crisis de asma, se manifestaba en los bronquios. La investigación psicosomática tendrá que buscar, en el futuro, con más ahinco esas formas o esquemas que pueden ser comunes a varias funciones; quizás significando un único modo de quebrarse o fisurarse todo el organismo. Tal fisura en la *estructura primaria* del hombre se revelará más o menos en el curso de la existencia. La revelación dependerá, también, de que el conflicto sea más o menos hondo, pero también más o menos adecuado.

