

RELATO HISTÓRICO

MEDICINA PSICOSOMÁTICA EN ALEMANIA: DEL PSICOANÁLISIS A LA MEDICINA BIO-PSICO-SOCIAL¹

(Rev GU 2006; 2; 2: 158-163)

Horst Kächele²

La medicina psicosomática entiende la enfermedad como una interfase de alteraciones biológicas que interactúan con el entorno subjetivo que consiste en el mundo intrapsíquico y social. La psicoterapia en muchas formas es la herramienta del tratamiento psicosomático, la que puede tener lugar en diversos settings.

HISTORIA I: IDEAS

El campo de la Medicina Psicosomática y la Psicoterapia en Alemania se desarrolló después de la II guerra mundial. Se inspiró en dos raíces: las ideas antropológicas - holísticas del siglo XIX en el campo de Medicina Interna (G. von Bergmann) y la reconstrucción del psicoanálisis. Y fue potenciada por el abierto rechazo por mucho tiempo de la psiquiatría alemana a las ideas psicoanalíticas (Jaspers, Schneider). El concepto de medicina psicosomática en oposición a la psiquiatría orientada a la biología estuvo conectado desde el principio a la implementación de la psicoterapia como su herramienta principal.

HISTORIA II: INSTITUCIONES

Es fácil nombrar algunas instituciones que tomaron el liderazgo. El departamento de Medicina General y Psicosomática de Heidelberg, dirigido por Paul Christian;

el Departamento de Psicosomática y Psicoterapia de Freiburg, dirigido por Helmut Enke y el Departamento de Psicosomática de Hamburgo dirigido por Adolf Ernst Meyer fueron las tres instituciones que marcaron la huella. Es notable que en cada caso estas instituciones fueron iniciadas por profesores jefes de Medicina Interna (Heidelberg - Freiburg - Hamburgo). Una fuerza adicional provino del Hospital Psicosomático de Heidelberg dirigido por Alexander Mitscherlich, que era financiado por las fundaciones Rockefeller y Ford. El rol de Mitscherlich en la revitalización académica del psicoanálisis es difícil no sobreestimar.

HISTORIA III: LEGALIZACIÓN

En 1967 Thure von Uexküll, profesor de Medicina Interna de Giessen, impulsó la implementación de la medicina psicosomática como una materia en sí, junto a la introducción de la psicología médica y sociología médica en el currículum de enseñanza de las facultades

¹ Conferencia presentada con motivo de la presentación oficial de la Gaceta Universitaria en la Facultad de Medicina. Traducción desde el inglés al castellano a cargo de María Eugenia Legües.

² Departamento de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, Universidad de Ulm.

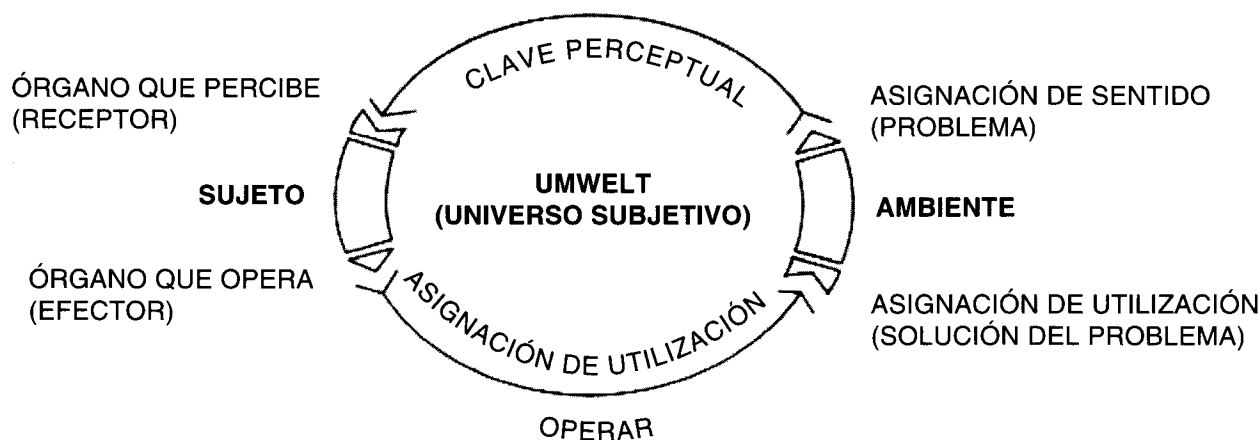


Figura 1

de medicina de Alemania. Así, cada facultad tuvo que establecer facilidades de enseñanza e investigación que en varios grados implantaron este campo hasta entonces externo, a una base institucional segura.

Thure von Uexküll –uno de los entonces profesores fundadores de la Universidad de Ulm en 1967– llegó a ser la figura más prominente en la medicina psicosomática alemana. En los años siguientes, financiado por su staff académico, Von Uexküll estableció el Colegio Alemán de Medicina Psicosomática y publicó en 1970 la primera edición de un texto que llegó a ser la verdadera biblia de la medicina psicosomática alemana. En 2003 apareció la 6ª edición que nuevamente describe “modelos de pensamiento médico y acción”. La “Teoría de la Medicina Humana” de Uexküll formula un contraste definitivo con la medicina meramente animal y

este concepto va más allá que las ideas psicoanalíticas de Alexander y su entorno psicoanalítico. Similares ideas fueron expuestas por “El Desarrollo Psicológico en la Salud y la Enfermedad” de Engel (1962) y “La Psicobiología y la Enfermedad Humana” de Weiner (1977).

EL AMBIENTE – EL UNIVERSO SUBJETIVO

El padre de Thure von Uexküll fue el biólogo Jacob von Uexküll, que en 1936 concibió el rol del ambiente para todos los organismos vivos usando el concepto del círculo funcional:

Cada organismo vivo, por su órgano de percepción (receptor), asigna significado a una clave percibida, de manera que genera un universo subjetivo que lo lleva

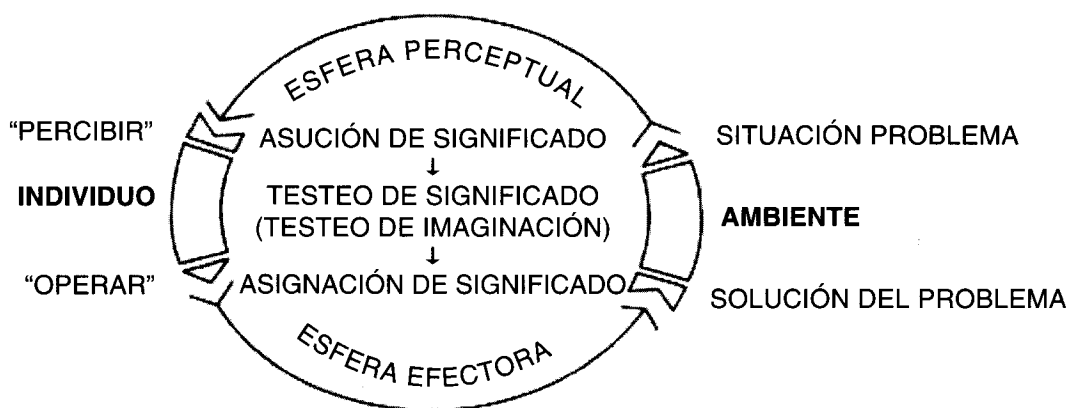
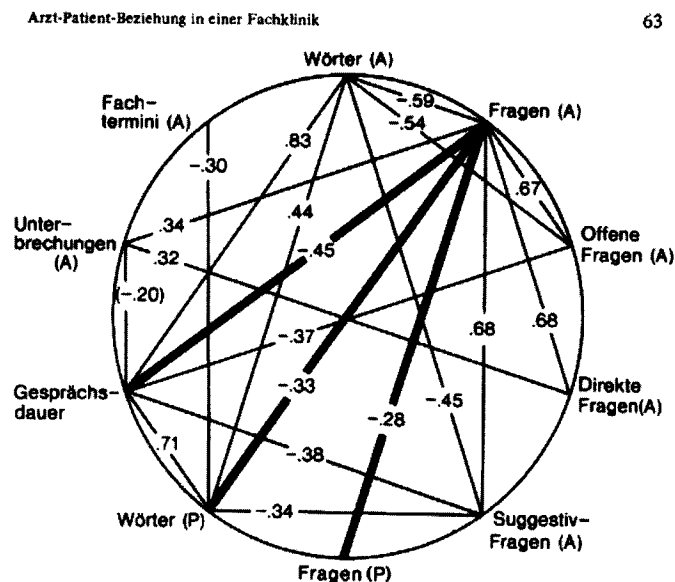


Figura 2

Figura 3

PROPIEDADES ESTRUCTURALES DE LAS RONDAS DE VISITA DIARIAS: DURACIÓN PROMEDIO 3,5 MINUTOS (EN KÖHLE 1982)



a soluciones específicas de un problema, utilizando el significado que esta clave tiene para el organismo.

Este concepto de asignar significado fue tomado por el hijo, Thure von Uexküll, quien estuvo por muchos años muy conectado con el campo de la semiótica creando el concepto de círculo situacional.

El inevitable proceso de semiotización, es decir, el asumir significado a cualquier situación, el probar el significado de esta situación y finalmente el asignar un significado para el individuo en la situación, radicaliza las ideas psicoanalíticas en la medicina psicosomática. Cualquiera sea la condición somática iniciadora, el ser humano le asigna un significado. Por lo tanto, toda enfermedad humana está ligada –necesariamente– a ser significativa para el paciente y Thure von Uexküll –como G. Engel y H. Weiner– concibe todas las enfermedades dentro de un *marco Bio-Psico-Social*.

Por esta idea la distinción anterior de enfermedades psicosomáticas y no-psicosomáticas fue considerada obsoleta y en adelante no viable. El grado de semiotización de un evento somático podía ser pequeño o grande; esto estaría determinado por la biografía de la persona y por su necesidad de humanizar los cambios corporalmente. Así, se puede describir el concepto de círculo situacional para cualquier situación médica, o cualquier interacción entre paciente y médico: *situación problema – asignación de significado – utilización del significado*.

Este concepto pavimentó el camino para la aceptación ampliamente extendida de una aproximación psicosomática verdaderamente holística a todas las

condiciones médicas, sólo y únicamente si ambos participantes de la transacción desean aceptar la dimensión humana de las condiciones médicas, incluyendo la perspectiva psicodinámica –a la cual contribuyó la idea de Freud de “Nachträglichkeit” que en realidad describe un proceso de asignar significado adicional a un evento previo. Y se agrega a los cambios corporales de los puntos de vista social y ambiental (Adler *et al.* 1976).

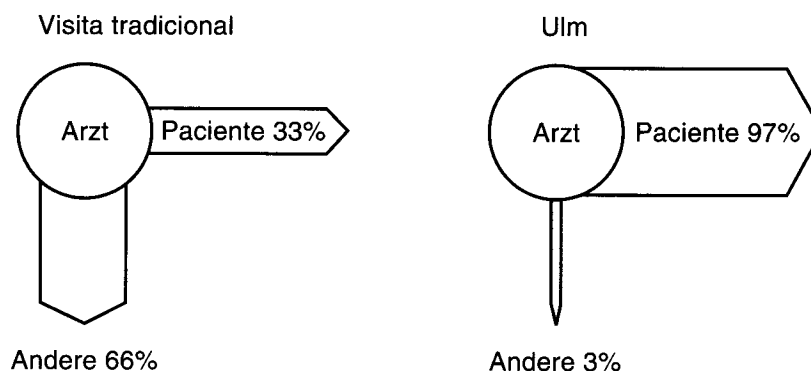
El psicoanálisis y la medicina bio-social entrelazándose fueron los dos componentes responsables de construir la Medicina Psicosomática Alemana como un campo en sí mismo. La Medicina Interna aportó las bases institucionales para el cuidado del paciente hospitalizado; el Psicoanálisis aportó las herramientas terapéuticas para el cuidado del paciente ambulatorio. Esto resultó ser un matrimonio feliz; por ejemplo, la universidad de Ulm recientemente fundada en 1967, estableció dos jefaturas:

- Departamento de Medicina Interna y Psicosomática (Prof. Th. von Uexküll)
- Departamento de Psicoterapia (Prof. H. Tomä) cooperando en la enseñanza y entrenamiento de la medicina psicosomática.

PSICOSOMÁTICA EXPERIMENTAL VERSUS INTERACCIÓN DOCTOR-PACIENTE

En contraste a la medicina anglo-americana, donde el trabajo experimental y de laboratorio dominaba el

Figura 4
RELACIONES DE PODER EN LAS RONDAS DE VISITA (EN KÖHLE 1982)



campo (desde el trabajo de Cannon sobre los cambios corporales en el dolor, hambre, miedo y furia, 1929) la solución alemana se enfocó desde fuera en la relación doctor-paciente lo que se llamó "Interacción Psicosomática" y en las evaluaciones de los tratamientos como eran practicados normalmente (en contraste a los estudios de tratamiento experimentales).

Como consecuencia de esta aproximación, las rondas diarias de visita llegaron a ser un campo preferido de investigación: "En la práctica psicosomática-holística el diagnóstico y tratamiento dependen críticamente de un diálogo intenso entre el médico y el paciente. Es importante entender el origen de la enfermedad y sus consecuencias influenciadas subjetivamente como parte de la historia del paciente. Uno debe comprender la "realidad individual del paciente" escribió Von Uexküll (1982) en su prefacio a un libro que resumió muchos estudios en este campo.

La pregunta "Quién habla a quién acerca de qué" llevó a una investigación sistemática de aspectos de conversación de la ronda de visita que dominaba el campo de la psicosomática alemana en los ochenta. No se le dio importancia al trabajo experimental: no se apreció la psicofisiología de las ratas ("respuesta cardiovascular al "stress" mental agudo en ratas hipertensas espontáneas").

En la misma corriente, los estudios analizaban las relaciones de poder en las rondas de visita. La distribución de la dirección de la conversación muestra que en las visitas tradicionales el doctor habla principalmente al grupo de médicos; en el modelo de visita en Ulm, el doctor habla exclusivamente al paciente. La información médica se intercambia fuera de la pieza del paciente.

Estos hallazgos a partir del Programa Colaborativo de Investigación "Procesos psicoterapéuticos" Ulm

1980-1989 caracterizan la atención especial dada a la psicosomática diaria en Alemania. La medicina Psicosomática y la Psicoterapia trabajaron juntas en un esfuerzo por implementar los aspectos psicoterapéuticos en los mundos de los pacientes clínicos hospitalizados.

CONSULTA PSICOSOMÁTICA Y SERVICIOS RELACIONADOS

Esta colaboración exitosa llevó a un aumento en la atención de problemas psicosomáticos en los pacientes de la Medicina Interna General. Los siguientes datos fueron obtenidos en Ulm:

- Factores psicosociales de significado considerable para la patogénesis 30,1%
- Dificultades en procesar la enfermedad 32,5%
- Dificultades severas en cumplir 7,3%
- Síndromes reactivos, psicosis funcionales 7,3%
- Sin problemas psicosomáticos 14,6%
- Sin categorización clara 8,2%

El campo de la psicosomática aplicada creó servicios de rutina que han sido establecidos en muchos hospitales a través del país. El departamento de medicina psicosomática y psicoterapia de Ulm proporciona actualmente tratamiento completo psicosomático para 7 pacientes hospitalizados dentro del Hospital Médico. Proporciona servicios de consulta psicosomática para los pacientes del Hospital Médico; aproximadamente un 10% de todos los pacientes. Un servicio anexo especial de psicosomática para todos los pacientes con trasplante de médula ósea en el departamento de hematología y oncología existe hace más de 20 años y

ha llegado a ser también un setting importante de investigación (Grulke *et al.* 2005).

Se ofrece un servicio de consulta psicosomática para pacientes del Hospital Ginecológico (aproximadamente el 15% de todos los pacientes). Los servicios de consulta psicosomática demandados por cualquier paciente de las otras disciplinas cubre menos de 1% de todos los pacientes, lo cual subraya la necesidad de la presencia diaria de staff calificado en cualquiera disciplina médica.

LA RELACIÓN DE LA PSICOTERAPIA Y LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Aunque Freud no fue amigo de la psicosomática, pioneros tempranos usando las ideas psicoanalíticas como Alexander (1950) probaron los límites de las intervenciones psicoanalíticas. En Alemania, entre muchos otros, el Hospital Psicosomático de Heidelberg se enfocó en las clásicas siete "vacas sagradas" en los años cincuenta y sesenta usando las terapias psicoanalíticas. La aceptación de la psicoterapia fue mucho más distante que las tempranas evidencias de la psicoterapia psicoanalítica por el primer estudio aparecido post-guerra en una muestra grande de la Compañía de Seguros General Local (AOK) en Berlín. Este estudio de resultado retrospectivo (Dührssen & Jorswieck 1965) comparó una muestra grande (N > 1000 pacientes) de pacientes neuróticos tratados con una muestra control de no tratados de las filas de la compañía de seguros:

AUSENTISMO LABORAL EN CINCO AÑOS (Días en promedio)

Personas normales: 11 días

Pacientes neuróticos: 22 días antes de la psicoterapia

Pacientes neuróticos: 5 días después de la psicoterapia

NB: Promedio de número de sesiones 100

Basados en este estudio y en intensas campañas políticas para la "Psicoterapia del paciente no hospitalizado" las compañías de seguro legisladas por el estado introdujeron un sistema de revisión de pares desde 1967 para dar psicoterapia para todos. Al principio las formas de psicoterapia acreditadas por la administración eran sólo psicoterapias psicodinámicas y terapia psicoanalítica. Diez años más tarde se agregó la psicoterapia cognitivo-conductual. Este sistema funcionó sin dificultades por más de veinte años. El introducir psicólogos psicoterapeutas como un grupo profesional independiente en el sistema médico a

comienzo de los años noventa trajo un cambio. Ahora un directorio para los estándares científicos tiene que examinar si se pueden incluir nuevas formas de psicoterapia en el sistema, asumiendo que ellas se agregan a la calidad de los tratamientos existentes. Dados los fuertes hallazgos de la investigación en psicoterapia comparativa, esto no es un impedimento fácil para los tratamientos nuevos. Sólo recientemente fue aprobada la "Psicoterapia centrada en el cliente" pero aún no admitida en el sistema, y otras formas de psicoterapia están en revisión.

Actualmente el sistema de psicoterapia alemana del paciente no hospitalizado comprende psicoterapeutas médicos (30%) y psicólogos (70%). El cuerpo médico y de psicólogos son responsables del control regional de admisión de psicoterapeutas. La densidad de psicoterapeutas varía considerablemente, y especialmente en la Alemania del Este la situación no es todavía satisfactoria.

La duración de las terapias psicodinámicas y cognitivo-conductuales se extiende entre 25 y 50 sesiones (máximo 100), la terapia psicoanalítica hasta 240 (máximo 300) sesiones, en promedio dos tercios de los tratamientos psicodinámicos y cognitivo-conductuales duran hasta cincuenta sesiones. El número de pacientes en el país tratados en este sistema de pacientes no hospitalizados actualmente es:

180.000 terapias psicodinámicas

40.000 terapias psicoanalíticas

120.000 terapias cognitivo-conductuales

(por año para una población de 80 millones de personas cubiertas por el seguro).

EL SISTEMA DE PSICOTERAPIA DE PACIENTE HOSPITALIZADO

La implementación de un sistema de tratamiento de paciente hospitalizado es un hecho único en el campo de la medicina psicosomática y psicoterapia en Alemania. El número total de Hospitales Agudos y Clínicas de Rehabilitación comprende 101 instituciones, de las cuales el 80% está orientado a la terapia psicodinámica y 20% a la cognitiva-conductual.

La principal ventaja de este sistema es que sirve para parte de la población que no contacta fácilmente a alguien que practica la psicoterapia. (Schepank & Tress 1988; Kächele *et al.* 1999). La mayoría de esos hospitales están cubiertos por un sistema de rehabilitación que está disponible para cualquiera que necesite asegurar su capacidad de trabajar.

En el contexto de la rehabilitación médica, si los factores psicológicos juegan un rol significativo para la condición de incapacidad psíquica y si por tal tratamiento la reintegración al campo laboral puede lograrse, entonces existe indicación para:

- Desórdenes psiconeuróticos (desórdenes de ansiedad, desórdenes de la alimentación, depresión mayor y distimia, desórdenes somatomorfos)
- Desórdenes con factores psicológicos (neurodermatitis, enfermedad de Crohn, diabetes comórbida con desorden psicológico, desórdenes de dolor crónico, etc.)
- Sin embargo no se admiten desórdenes psicóticos.

Lo que puede venir como sorpresa son los fuertes hallazgos de que esta forma de psicoterapia del paciente hospitalizado no sólo es efectiva (Zielke 1999a), sino que es costo-efectiva (Zielke 1999b).

REFERENCIAS

1. Adler R, Hermann J, Schäfer N, Schmidt T, Schonecke O, Von Uexküll T. A context study of psychological conditions prior to shifts in blood pressure. *Psychosomatics and Psychotherapy* 1976; 27: 198-204
2. Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. 6 Aufl. Urban & Fischer, München Wien Baltimore, 2003
3. Alexander F. *Psychosomatic medicine. Its principles and application*. Allen & Unwin, London, 1950
4. Cannon WB. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Appleton, New York, 1920
5. Dührssen AM, Jorswieck E. Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 1965; 36: 166-169
6. Grulke N, Bailer H, et al. Patients confronted with a life-threatening situation: the importance of defense mechanism in patients facing bone marrow transplantation. In: Hentschel U, Smith GJW, Draguns JG, Ehlers W (Eds). *Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives*. Elsevier, Amsterdam, 2004, pp. 521-534
7. Kächele H, Richter R, Thomä H, Meyer AE. Psychotherapy Services in the Federal Republic of Germany. In: Miller N, Magruder K (Eds). *Cost-effectiveness of Psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers*. Oxford University Press, Oxford, 1999, S 334-344
8. Köhle K, Raspe HH (Hrsg). *Das Gespräch während der Visite. Empirische Untersuchungen*. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, 1982
9. Schepank H, Tress W (Hrsg). *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 1988
10. Von Uexküll T (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. 1 Aufl. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, 1970
11. Von Uexküll T. Die Zeichenlehre Jacob Von Uexkülls. In: Krampen M et al. (Hrsg). *Die Welt als Zeichen*. Severin und Siedler, Köln, 1981, S 233-280
12. Zielke M. *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Psychologie Verlagsunion-Beltz, Weinheim, 1999a
13. Zielke M. Kosten-Nutzen Aspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychother Psych Med* 1999b; 49: 361-367