

EL CUERPO SENSIBLE Y SUS ENFERMEDADES:

Cómo el cáncer se volvió psicosomático en la Alemania del siglo XX.

Bettina Hitzer (*)
Pilar León-Sanz ()**

RESUMEN

Este ensayo examina cómo la medicina psicosomática, surgida entre 1920 y 1960, introdujo nuevas ideas sobre el cuerpo emocional y el yo emocional. Haciendo foco en el cáncer, se puede delinear un mapa sobre dichos cambios a lo largo del siglo XX. Si bien el cáncer fue considerado en los inicios del siglo XX como la enfermedad orgánica por excelencia, trazable a células malignas y, por lo tanto, no causado ni influenciado por las emociones, en décadas posteriores llegaría a ser investigado a fondo dentro del campo de la medicina psicosomática. Este ensayo ilumina por qué y cómo ocurrió este cambio en Alemania y cómo se vio afectado por el giro anterior hacia una comprensión psicosomática del cáncer en los Estados Unidos.

ABSTRACT

This essay examines how psychosomatic medicine, as it emerged between 1920 and 1960, introduced new ideas about the emotional body and the emotional self. Focusing on cancer, a shift can be mapped over the course of the twentieth century. While cancer was regarded at the beginning of the century as the organic disease par excellence, traceable to malignant cells and thus not caused or influenced by emotions, in later decades it would come to be thoroughly investigated within the field of psychosomatic medicine. This essay illuminates why and how this shift occurred in Germany and how it was affected by the earlier turn toward a psychosomatic understanding of cancer in the United States.

INTRODUCCIÓN

Poco antes de su muerte en el verano de 1934, Georg Groddeck, el eminente pero controvertido pionero de la medicina psicosomática alemana, escribió juiciosamente en un texto que no sería publicado sino más de treinta años después: “Los médicos han empezado a preocuparse cada vez más acerca de la psicosomática de las enfermedades y la salud. Sin embargo, es notable que casi nadie haya intentado descubrir las causas psíquicas de la dolencia moderna más significativa, es decir, el cáncer”¹. La declaración de Groddeck fue ciertamente un reflejo de las décadas de 1920 y 1930, aunque esta situación cambiaría drásticamente en la era de la posguerra².

La historiografía del cáncer suele considerar la primera mitad del siglo XX como una época en la que las sociedades occidentales descubrieron que el cáncer era una enfermedad generalizada, aunque los médicos y los investigadores tenían la sensación de que aún no habían llegado a comprender por completo qué lo causaba. En general, los expertos médicos coincidieron en que la inflamación crónica -ya sea debido a agentes mecánicos, bioquímicos o infecciosos- desempeña un papel en la generación de cáncer. Algunas investigaciones también se orientaron a identificar parásitos o factores hereditarios en la carcinogénesis; sin embargo, la mayoría de los investigadores refutó la posibilidad de infección directa por un germen de cáncer. Debido a que existía un consenso más o menos generalizado de que el cáncer comenzaba como una enfermedad localizada, se promovió la detección temprana para tratar el cáncer con cirugía, radiografías o radioterapia -los tres principales métodos terapéuticos en uso en ese momento³. En los laboratorios de

Berlín, Frankfurt, Londres, París y Nueva York, fisiólogos, hematólogos y otros experimentaron con células, tejidos y animales con el objetivo de comprender la carcinogénesis, mientras que cirujanos y radiólogos intentaban curar a pacientes con cáncer ya diagnosticados, principalmente sin ningún efecto persistente. Al mismo tiempo, un número creciente de médicos en Europa y Estados Unidos abogaron por una comprensión holística de la relación entre los seres humanos y la medicina, un llamamiento que era parte de un cambio más general hacia el holismo promovido por un influyente grupo de intelectuales y científicos naturales durante las décadas de 1920 y 1930⁴. Los investigadores del cáncer, por el contrario, parecen haber sido una excepción a esta tendencia.

De hecho, uno podría preguntarse por qué, en sus esfuerzos por abordar el problema no resuelto de la carcinogénesis y las deficiencias del tratamiento, los investigadores y médicos del cáncer permanecieron más o menos indiferentes al razonamiento holístico coetáneo de sus colegas en filosofía, ciencias naturales y otras ramas de la medicina, especialmente considerando que los modelos “holísticos” más antiguos relacionaban el cáncer, particularmente con la patología humoral⁵. De hecho, hasta la década de 1880, la melancolía, la depresión y el dolor ocuparon un lugar destacado en las explicaciones de la aparición del cáncer, tanto en los libros de texto médicos como en las enciclopedias destinadas al público no especializado⁶.

En el movimiento contemporáneo hacia el holismo, los modelos psicosomáticos también juegan un importante papel, señalando la creciente importancia atribuida a las emociones.⁷ Las emociones no necesariamente tenían por qué figurar en los modelos psicosomáticos, ya que estos modelos podían -y algunos casos ciertamente lo hicieron- referirse únicamente a las influencias psíquicas y los rasgos de personalidad sin tener en cuenta a las emociones. Sin embargo, sobre la base de la creciente investigación sobre fisiología, percepción sensorial, psiquiatría y psicoanálisis a fines del siglo XIX y principios del XX, las emociones fueron generalmente centrales para estos modelos, ya sea como parte de la psique o como una facultad que vinculaba el cuerpo y la psique.

En este contexto, uno de los principales objetivos de este ensayo es resolver el enigma que planteó Groddeck: ¿Por qué sólo un puñado del creciente número de médicos e investigadores que gravitaron hacia los problemas psicosomáticos en la primera mitad del siglo XX manifestaron un explícito interés en el cáncer? Por otro lado, ¿por qué tan pocos oncólogos utilizaron ideas psicosomáticas para explicar y tratar el cáncer en ese momento? Y, mirando hacia el futuro, ¿por qué y cómo cambió este estado de cosas? Al abordar estas preguntas, nos surge un segundo objetivo principal de esta investigación cual es, revelar los supuestos subyacentes tanto sobre la interrelación de la tríada emociones-psyque-cuerpo, como sobre la posible negación del cuerpo material al cáncer, donde el cuerpo a veces se ha visto como una especie de estructura orgánica básica que no se ve afectada por la psique o las emociones. En este contexto, las concepciones del cáncer funcionan como una especie de prueba definitiva para analizar hasta dónde llegan los supuestos sobre la interrelación entre cuerpo y emociones. En tercer lugar, este estudio sobre la comprensión psicosomática emergente del cáncer tiene como objetivo desglosar las trayectorias y tendencias multifacéticas del siglo XX en las concepciones del cuerpo y sus enfermedades como sujecionadas a las emociones. Mucho más allá de la comprensión limitada de una medicina psicosomática psicoanalítica, estas trayectorias han experimentado múltiples períodos críticos durante los últimos cien años y hoy en día están alimentadas por una tendencia dentro de las ciencias de la vida a cuestionar la dicotomía establecida de cuerpo y mente al enfatizar el papel de las emociones dentro de lo cognitivo.

El estudio se centra en Alemania, ya que el holismo, especialmente el holismo médico, se había vuelto más frecuente y culturalmente influyente en la post-Primera Guerra Mundial y a principios de la Alemania nazi. Para explicar este cambio y calificar su propia naturaleza, hay que tener en cuenta influencias y desarrollos transatlánticos que resultarían de crucial importancia en la Alemania Occidental posterior a 1945.⁸ Además, algunas de estas influencias y desarrollos procedían del trabajo de médicos de habla alemana que se habían establecido en los Estados Unidos antes de la Segunda Guerra Mundial.⁹ Por esta razón, una parte de este ensayo analiza aquellas características de la medicina psicosomática estadounidense sobre el cáncer desde la década de 1930 hasta la de 1950 que influyeron en el pensamiento de Alemania Occidental sobre las emociones y el cáncer y contribuyeron al establecimiento de la medicina psicosomática contra el cáncer de Alemania Occidental, a finales de la década de 1950.

EN LOS LÍMITES: CÁNCER Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA EN ALEMANIA DE PRINCIPIOS DEL SIGLO XX

Como había indicado Groddeck, una pequeña minoría de médicos alemanes estuvieron interesados en revelar las causas psíquicas del cáncer. Aparte del propio Groddeck, la única “escuela” de medicina importante que se interesó por el aspecto psíquico fue la medicina antroposófica, que era una forma de pensamiento holístico basada en los países de habla alemana en ese momento y que todavía está vigente en la actualidad. ¿Por qué Groddeck y otros pensadores holísticos creían que las emociones desempeñaban un papel en la causa del cáncer cuando la abrumadora mayoría de los médicos e investigadores alemanes no lo creían? ¿Por qué sus esfuerzos no fueron reconocidos de manera más amplia? Para responder a estas preguntas, en esta sección se analizará más de cerca, en primer lugar, la medicina antroposófica y, en segundo, al propio Groddeck.¹⁰

La invención del “Cáncer Psíquico” por la medicina antroposófica

Rudolf Steiner, fundador del movimiento antroposófico, tenía una visión holística del ser humano distinguía cuatro dimensiones del cuerpo humano. Steiner llamó a estas dimensiones: el cuerpo físico, el cuerpo etérico, el cuerpo astral y el ego, argumentando que estaban indisolublemente vinculados entre sí y que debían mantenerse en equilibrio. El vínculo entre el cuerpo astral y el físico fue establecido por las facultades de representación, sentimiento y voluntad. Los elementos correspondientes del cuerpo físico eran los nervios, el sistema respiratorio y el metabolismo.¹¹

Dos médicos antroposóficos más jóvenes, Werner Kaelin y Gerhard Suchantke, cooperaron estrechamente en el desarrollo de una prueba de detección temprana de lo que ellos entendían como estados precancerosos en la primera clínica antroposófica del mundo, el Instituto Clínico-Terapéutico de gestión privada en Arlesheim, Suiza.¹² La prueba tenía el propósito de mejorar las opciones de tratamiento temprano para pacientes con cáncer. Kaelin argumentó que la sangre de los pacientes con cáncer tenía propiedades características. En una serie de experimentos de laboratorio, utilizando muestras de sangre de pacientes con cáncer y de pacientes “normales”, Kaelin examinó las formas que tomó la sangre cuando se transfirió de una placa de Petri a una hoja de papel siguiendo un procedimiento específico, así como el tiempo que tardó la sangre en desarrollar estas formas. Comparó los resultados de ambos grupos y descubrió que las formas producidas por la sangre de los pacientes con cáncer se desviaban de las producidas por la sangre de pacientes “normales”.¹³

Kaelin y Suchantke estaban convencidos de que el cáncer era una enfermedad que abarcaba todo el cuerpo, siendo el tumor solo la última y final etapa de una enfermedad que se había originado años o incluso décadas antes. Sin embargo, incluso en sus primeras etapas, el cáncer podría tener repercusiones que podrían identificarse analizando la fisiología de las proteínas del paciente (en las que se basó la prueba de Kaelin). Estas repercusiones también podrían identificarse mediante el análisis de ciertos estados de ánimo y sentimientos, todos los cuales eran considerados que contribuían también a la señalada carcinogénesis.¹⁴ Kaelin y Suchantke sostuvieron que la base de lo que llamaron el “cáncer psíquico” se establecía en la primera infancia. En riesgo estaban los niños sometidos a frialdad, incompreensión, sufrimiento, dolor o conmoción, para quienes subconscientemente entrarían en el cuerpo a través de las emociones, inhibiendo así la capacidad del cuerpo para desarrollarse en armonía interior.¹⁵ Si el niño sufría experiencias difíciles o infelices o conmociones emocionales, la disposición resultante podría sentar las bases para un “cáncer psíquico” completamente desarrollado, un estado emocional de depresión y desapego que restringía las fuerzas creativas de la vida humana y tendía a “tragarse” experiencias negativas. El “cáncer psíquico” podría desarrollarse de forma independiente e inadvertida hasta que se desencadenase por algún otro factor externo.¹⁶ La imagen de “tragarse” recordaba deliberadamente el concepto psicoanalítico de represión. Y al igual que este concepto, se pensó que inhibía un modo activo y más saludable de procesar experiencias difíciles.¹⁷ En consecuencia, tanto Kaelin como Suchantke argumentaron que las fuerzas creativas de tales individuos estaban atrofiadas al punto de dejarlos con un vacío interior y un silencio del cual ellos mismos podrían no ser conscientes o que podrían (tal vez incluso intencionalmente) ocultar detrás de una fachada de agrado.¹⁸ Como resultado de esto, su conciencia corporal y autopercepción se presentaban como defectuosas,

lo que explicaba por qué los pacientes con cáncer generalmente solo reconocerían sus síntomas muy tarde o tendían a minimizarlos o ignorarlos.¹⁹

Para curar no solo el tumor, un síntoma que aparecía solo en las últimas etapas de la enfermedad, sino también el “cáncer psíquico” mismo, los practicantes de la medicina antroposófica tenían poco interés en el psicoanálisis y, en cambio, buscaron la terapia con medicamentos para reequilibrar la interacción de las cuatro dimensiones principales del cuerpo humano. La droga de elección se encontraba en la planta del muérdago, que anteriormente había sido recomendada como tratamiento para el cáncer por Steiner e Ita Wegman, quienes habían fundado juntos la medicina antroposófica. Steiner y Wegman se inspiraron en el carácter parasitario de la planta para afirmar que el cáncer se podía curar con medicamentos que compartían características fundamentales con la enfermedad misma. Junto con la idea de que la salud era un estado de equilibrio producido entre las cuatro dimensiones del cuerpo, consideraban que tanto los síntomas corporales como los estados emocionales de los pacientes con cáncer eran accesibles a través de la intervención directa sobre el cuerpo físico.

Este enfoque difería radicalmente de la medicina psicosomática de orientación psicoanalítica que surgió y ganó impulso entre 1900 y 1930. Sin embargo, ambas eran parte de un cambio hacia el holismo que fue sintomático de la crítica intelectual hacia la actitud dominante percibida en las ciencias naturales y especialmente en la medicina, es decir, de una cosmovisión materialista y mecanicista desprovista de un significado más profundo. Por un lado, la medicina antroposófica se alineó con la mayor parte de la *Neue Deutsche Heilkunde*, la doctrina desarrollada en los primeros años del nacionalsocialismo, cuyo objetivo era implementar la “medicina biológica”. La *Neue Deutsche Heilkunde* abogaba por métodos naturopáticos y homeopáticos similares a los utilizados en la medicina antroposófica²⁰. Por otro lado, las instituciones antroposóficas enfrentaron serios problemas porque se interpusieron en el camino de la *Gleichschaltung* nacionalsocialista, el proceso mediante el cual el estado buscaba poner a toda la sociedad bajo un control uniforme.²¹ Así, en 1935, la Sociedad Antroposófica se vio obligada a disolverse. No obstante, Kaelin y Suchantke continuaron practicando y publicando tanto durante el Nacional Socialismo como después.²²

A lo largo de la década de 1930, a medida que la medicina Nacional Socialista se radicalizaba y se volvía cada vez más hacia la medicina militar, todas las ramas de la medicina “biológica”, incluida la *Neue Deutsche Heilkunde* y la medicina antroposófica, perdieron gradualmente su apoyo. Por lo tanto, los estudios de Kaelin y Suchantke sobre el “cáncer psíquico” pasaron más o menos desapercibidos.

Sin embargo, hay algunos indicios de que el trabajo de Kaelin y Suchantke fue influyente incluso si no siempre se hizo referencia explícita a él. Por ejemplo, Johannes Kretz, director del Hospital General de Linz, Austria, argumentó en 1941 que la conducta psíquica desempeñaba un papel en la causa del cáncer.²³

Georg Groddeck: el Cáncer como Símbolo de Necesidades Emocionales Insatisfechas.

Mientras que la medicina antroposófica tenía una posición marginal dentro de la medicina académica desde el principio, los pioneros psicosomáticos en Alemania fueron todos médicos más o menos distinguidos, algunos de ellos incluso dirigiendo departamentos clínicos.²⁴ La mayoría de ellos eran especialistas en medicina interna o neurología. Durante la década de 1920, esta primera generación de médicos psicosomáticos estaba muy preocupada por aquellas dolencias físicas que, en su opinión, tenían algo que ver con el sistema nervioso autónomo. Al estudiar los síntomas paralíticos, las alergias, los problemas cardíacos y las úlceras pépticas, tuvieron cuidado de indicar que los médicos debían excluir primero las causas orgánicas antes de diagnosticar una enfermedad psicosomática. La mayoría de ellos eran especialistas en medicina interna o neurología. Durante la década de 1920, esta primera generación de médicos psicosomáticos estaba muy preocupada por aquellas dolencias físicas que, en su opinión, tenían algo que ver con el sistema nervioso autónomo. Al estudiar los síntomas paralíticos, las alergias, los problemas cardíacos y las úlceras pépticas, tuvieron cuidado de indicar que los médicos deben excluir primero las causas orgánicas antes de diagnosticar una enfermedad psicosomática.²⁵ Para explicar cómo las emociones podían trabajar en el cuerpo, señalaron un concepto bastante vago de psicogénesis o de la teoría de la conversión psicoanalítica. El cáncer no figuraba en esta categoría de dolencia psicosomática porque no existía un vínculo claro con el sistema nervioso autónomo y, en cualquier caso, a la mayoría de ellos les parecía obvio que el cáncer tenía una

causa orgánica muy distinta. Además, la mayoría de los médicos psicosomáticos eran clínicos preocupados por el tratamiento y, en la medida de lo posible, por curar a las personas. Tanto si las emociones estaban implicadas en la carcinogénesis como si no, probablemente era inconcebible para estos médicos, algunos de los cuales habían presenciado el inexorable declive y la muerte de los pacientes con cáncer, que el tratamiento psicoterapéutico pudiera hacer cualquier cosa para detener o revertir este proceso.

Existen dos factores que probablemente explican la concepción de Groddeck del cáncer como una enfermedad psicosomática, que era única en comparación con las de otros pioneros psicosomáticos alemanes, y su concomitante decisión de tratar a algunos pacientes con cáncer utilizando exactamente los mismos enfoques que usó con sus otros pacientes. Primero, Groddeck no trabajaba en un departamento clínico de medicina interna, pues había fundado su propio sanatorio en 1900 en la ciudad de Baden-Baden en la Selva Negra. Allí experimentaba con el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas o graves, que a menudo se consideraban incurables. A pesar de que la mayoría de estos pacientes no sufría de histeria u otras condiciones neurológicas, el enfoque terapéutico de Groddeck combinaba las técnicas de masaje y tratamiento de un Spa dirigidos al cuerpo con técnicas mentales “más antiguas” como la hipnosis y la sugestión, así como la “nueva” forma psicoanalítica de tratamiento.²⁶

Esta idiosincrática mezcla de técnicas era aceptable para tratar a quienes se consideraban incurables dentro de los marcos médicos estándar, pero también reflejaba la comprensión particular de Groddeck de la psicología analítica. Y este fue el segundo aspecto que llevó a Groddeck a concebir el cáncer como una enfermedad psicosomática. En 1917, resumió por primera vez sus antiguas experiencias personales y médicas en un pequeño libro, pero ampliamente conocido, afirmando que todas las dolencias orgánicas estaban (co)determinadas mentalmente y, por lo tanto, podían tratarse con psicoanálisis.²⁷ En base a una noción de “inconsciente” cercana pero diferente del concepto freudiano, él rechazó todas las formas de dualismo mente-cuerpo, incluso en términos de reciprocidad psicofísica fervientemente discutida por sus contemporáneos. A diferencia de otros pensadores psicosomáticos influyentes de la década de 1920 como Ernst Simmel o Felix Deutsch, Groddeck no suscribía la idea de que los conflictos inconscientes pudieran “convertirse” en dolencias orgánicas y, por lo tanto, su enfoque principal no era revelar la psicogénesis de las enfermedades orgánicas.²⁸ Por el contrario, el insistió en su lectura del inconsciente como ni psíquico ni somático, desafiando todos los intentos de definir la naturaleza exacta de sus mecanismos.²⁹

En su obra más significativa, *Das Buch vom Es* (“El Libro del Ello”), publicado en 1923, Groddeck desarrolló aún más su comprensión del inconsciente -lo que él llamó el “Ello”- como la fuerza o esencia gobernante de la vida humana, una fuerza que desarrolla dolencias psíquicas u orgánicas para protegerse de las imposiciones de la moral pública moderna.³⁰ Por tanto, Groddeck consideraba que las enfermedades eran símbolos, expresiones intencionadas del Ello que el médico (y el paciente) tenían que descubrir preguntando ¿por qué? Revelar el significado de los síntomas -ya sean mentales o somáticos- podría liberarlo de sus limitaciones, liberando así los poderes internos de curación, sin los cuales todos los esfuerzos médicos serían en vano.³¹

Groddeck había mencionado por primera vez el cáncer en su estudio de 1917, interpretando la enfermedad como un medio por el cual el Ello femenino contrarrestaba los fuertes impulsos sexuales, cuyo disfrute no estaba permitido por la educación moderna de las niñas o mujeres, la cual imponía la frigidez sexual como un ideal femenino o incluso predisposición.³² En su investigación de 1934 sobre la determinación psíquica del cáncer, el vínculo con los impulsos sexuales reprimidos se había debilitado en favor de una asociación diferente pero igualmente determinada sexualmente. En un estudio posterior, Groddeck entendió el cáncer como un símbolo de un embarazo impedido por varios factores sociales, es decir, como la “semilla de un cambiante aborrecible”.³³ Con base en los hallazgos de la medicina de laboratorio moderna, argumentó que esta correlación podría intensificarse por el aumento de las hormonas femeninas en pacientes con cáncer, la similitud de algunos elementos del alquitrán con las hormonas femeninas y la relación de las células neoplásicas con las células embrionarias. La correlación se vio reforzada por la proximidad etimológica de las palabras *Neubildung*, *Krebs* y *Geschwulst* (respectivamente, “neoplasma”, “cáncer” y “bulto”), que también se utilizaban para describir el embrión en el útero. Mientras que en 1917 Groddeck había concebido la enfermedad como un medio utilizado por el Ello para protegerse de la destrucción, más tarde interpretó el cáncer como algo que resultaba de sentimientos de culpa y un anhelo de castigo que surge de

la esterilidad voluntaria o socialmente coaccionada, un fenómeno que Groddeck entendió como típico de las sociedades europeas modernas.³⁴ Esto explicaba el aumento de la morbilidad por cáncer que habían observado los epidemiólogos contemporáneos, cuyas causas, no obstante, se debatieron acaloradamente, y algunos atribuyeron el aumento simplemente a mejores técnicas de observación.³⁵

Curiosamente, aunque pensaba que el cáncer estaba asociado con las hormonas femeninas y un anhelo insatisfecho o (auto) negado de tener un hijo, Groddeck no concibió el cáncer como una enfermedad de la mujer. Como estaba convencido de que el inconsciente masculino podía y de hecho se imaginaba a sí mismo como embarazado -expresado en la locución cotidiana *Geisteskind* (“creación”)- no tuvo dificultad en explicar el cáncer en los hombres como un símbolo de la culpa que se siente debido a la ausencia de un (cerebro) niño. En su opinión, los sitios principales de cáncer en los hombres -boca, estómago y recto- confirmaban esta interpretación porque eran los sitios corporales donde los hombres reciben, retienen y excretan.³⁶

Por qué el inconsciente de una persona elegiría un niño sustituto -es decir, cáncer- que eventualmente mataría a la persona si no lograba descubrir su verdadera dolencia, era un enigma que Groddeck no explicó, pero que bien podría haber horrorizado a los médicos contemporáneos que intentaban tratar pacientes que morían de cáncer. Aunque Groddeck concibió el cáncer (y la enfermedad en general) como una especie de elusión elegida por el Ello para evitar daños más graves, algo parecido a una llamada de atención, no intentó ocultar la posibilidad de que el psicoanálisis solo pudiera mejorar el destino de los pacientes con cáncer sin realmente curarlos.³⁷ Tampoco ofreció más detalles sobre cómo el Ello desarrolla la enfermedad en tanto símbolo de los problemas más graves que enfrenta.³⁸ Debido a que puso mucho énfasis en las emociones -los sentimientos de culpa y el anhelo por un hijo- se puede suponer que, en su opinión, las emociones fueron los agentes seminales de este mecanismo que afectaba tanto al cuerpo como a la psique.

EL “GRANITO DEL PROCESO MATERIAL”: EL CÁNCER EN ALEMANIA DE LOS AÑOS 30

A pesar de los esfuerzos de Groddeck para tratar y concebir el cáncer como si las emociones estuvieran involucradas en un proceso psíquico-somático contemporáneo, otros médicos alemanes con orientación psicosomática permanecieron en silencio con respecto a un “cáncer psíquico” predispuesto emocionalmente. Varias cosas fueron las responsables de esa renuencia. Primero, a principios de la década de 1930, algunos importantes teóricos psicosomáticos de Europa Central se trasladaron a los Estados Unidos, en particular Franz Alexander, que emigró a Chicago en 1930, y Felix Deutsch, quien se fue a Washington en 1936.³⁹ Los que se quedaron en Alemania continuaron trabajando en los departamentos de medicina interna o neurología clínica como médicos. Restaurar la productividad del paciente ya había sido una característica importante de su práctica durante la República de Weimar, pero ahora se figuraba como un imperativo fundamental. En segundo lugar, la mayoría de los teóricos psicosomáticos continuaron pensando y practicando dentro del marco del concepto de neurosis, invirtiendo sus esfuerzos de investigación en experimentos que exploraban la psicología de la percepción y la psicología de la Gestalt. Había una profunda brecha entre esta línea de investigación y lo que estaba sucediendo en la investigación del cáncer propiamente tal, que estaba preocupada por investigar el papel de los agentes químicos, las vitaminas y las hormonas en relación con la carcinogénesis.⁴⁰

Inicialmente, aquellos practicantes que se quedaron en Alemania se encontraron en una situación poco clara. Bajo el Nacional Socialismo, el psicoanálisis había sido declarado una disciplina “judía” y la mayor parte de los escritos de Freud se quemaron en 1933. Sin embargo, esta denuncia oficial fue una maniobra estratégica para permitir su apropiación en la política de salud nacionalsocialista. Así, muchos psicoanalistas e investigadores psicosomáticos pudieron seguir ejerciendo como antes. Entre ellos destacan los proponentes de lo que Pedro Laín Entralgo ha llamado la Escuela de Psicosomática de Heidelberg, así como los que, tras el inicio del nacionalsocialismo, se reagruparon bajo el paraguas del Instituto Alemán de Investigaciones Psicológicas y Psicoterapia, dirigido por el psicoterapeuta Adleriano Matthias Göring, primo del *Reichsmarschall* Hermann Göring.⁴¹ Y fue Göring quien trató muy activamente de enfatizar la

importancia de una *Deutsche Seelenheilkunde* -el corolario psicológico de la *Neue Deutsche Heilkunde*-, para ayudar a forjar y educar un *Volk* saludable para el estado nacionalsocialista. El defendió resueltamente un enfoque médico holístico al afirmar que “los factores mentales desempeñaban un papel importante, a menudo decisivo, en la causa de numerosas enfermedades”.⁴² Pero distinguió el “nuevo” enfoque psicoterapéutico y psicosomático de otros, especialmente freudianos, al subrayar que la *Deutsche Seelenheilkunde* no se preocupaba tanto por la mente individual en la medida en que involucraba el bienestar del individuo, sino más bien por su valor para todo el pueblo, la *Volksganze*.⁴³ Por lo tanto, las intervenciones psicoterapéuticas y psicosomáticas se dirigieron a restaurar la productividad de la *Volksgenosse*, o ciudadano nacionalsocialista, asegurando su salud mental y física y, por tanto, su utilidad para la sociedad y el estado, como se apresuró a señalar el colega de Göring, Harald Schultz-Hencke.⁴⁴

Viktor von Weizsäcker y Richard Siebeck, las principales figuras del enfoque psicosomático de la clínica de Heidelberg durante las décadas de 1930 y 1940, no se desvincularon de esta máxima nacionalsocialista de productividad como objetivo terapéutico de las intervenciones médicas. Weizsäcker en particular, cuyo papel durante el nacionalsocialismo es objeto de un acalorado debate incluso hoy en día, discutió repetidamente acerca de cómo los médicos debían cumplir con sus deberes tanto para con la sociedad como con el paciente al tomar decisiones sobre la vida, la muerte y la capacidad de trabajo. Para Weizsäcker, esto no era solo una cuestión teórica, sino que formaba parte de su práctica médica: desde evaluar la capacidad de un paciente para trabajar en vista de una reclamación de incapacidad debido a un trauma de guerra (“Rentenneurose”) en la década de 1920, pasando por dar una serie de conferencias, durante el verano de 1933 reflexionando sobre una “doctrina médica de exterminio”, hasta recomendar la esterilización real de los pacientes epilépticos durante el nacionalsocialismo.⁴⁵

En términos de productividad, el cáncer se percibía cada vez más como una amenaza grave, ya que los epidemiólogos habían demostrado que iba en aumento. Sin embargo, dentro del paradigma localizacionista que predominaba en la investigación y práctica médica en ese momento, se pensaba que la mejor opción para curar el cáncer era detectarlo temprano y luego “combatirlo” radicalmente con cirugía o radiación. Por lo tanto, la mayoría de los esfuerzos se dirigieron hacia la detección temprana y la prevención, esfuerzos que fueron promovidos activamente por la Sociedad Alemana del Cáncer (*Reichsausschuß für Krebsbekämpfung*). La sociedad no se cansó de señalar que el cáncer no era una enfermedad de los ancianos, sino de las personas en la categoría de edad más productiva, las personas de mediana edad, ya sea en forma de cáncer de cuello uterino, que afecta predominantemente a mujeres entre los treinta y los cincuenta años, o cáncer de estómago o de pulmón, que a menudo afectaba a los hombres en su mejor momento.⁴⁶ Además, no fue sólo el Consejo de Investigación Alemán (*Deutsche Forschungsgemeinschaft*) el que atribuyó mayor importancia al cáncer durante la década de 1930. También fue un requisito político impulsado por el interés personal de Hitler en el cáncer y, por lo tanto, se promovió en exposiciones especiales y en iniciativas locales de detección temprana.⁴⁷ La psicoterapia como medio para tratar el cáncer parecía ofrecer pocas posibilidades de detección y prevención precoces y era más o menos inconcebible dentro del paradigma localizacionista.

Esta división entre el cáncer como enfermedad somática pura y otras enfermedades orgánicas que coincidían con el concepto de neurosis es clara cuando nos dirigimos a la práctica clínica de Weizsäcker en las décadas de 1930 y 1940. Originalmente formado como especialista en medicina interna, más tarde se dedicó a la neurología, dirigiendo el Departamento de Neurología de la Clínica Ludolf Krehl con sede en Heidelberg desde 1920 en adelante.⁴⁸ Allí se encontró con el cáncer no solo cuando trataba a pacientes con tumores cerebrales, que se diferenciaban de otros tumores por los cambios neurológicos y psíquicos que provocaban, sino también cuando trataba a pacientes con otras formas de cáncer.⁴⁹ Su colega Richard Siebeck, también especialista en medicina interna, fue director de la clínica desde 1931 hasta 1934 y nuevamente desde 1941 hasta su jubilación en 1951. Siebeck se ocupaba de pacientes que tenían cáncer de forma habitual, por lo que dedicó un capítulo completo al cáncer en su obra seminal de 1949, *Medizin in Bewegung*. Si bien, él pensaba mucho en la interrelación de los rasgos de personalidad y las úlceras gástricas, en el libro se limitó al problema de cómo hablar y cuidar a los pacientes con cáncer de estómago.⁵⁰

Weizsäcker y Siebeck desarrollaron juntos un nuevo concepto de medicina psicosomática que caracterizaron como antropología médica. Al hacerlo, abandonaron por completo la idea de que la

enfermedad era un evento “objetivo” bien definido que podía diagnosticarse examinando la textura del cuerpo y sus partes, externas e internas, o midiendo parámetros corporales. Basado en su teoría *Gestaltkreis*, que postulaba una unidad circular de estimulación externa, percepción y movimiento, Weizsäcker definió la enfermedad como un fenómeno subjetivo que tenía lugar entre el sujeto, su entorno y el médico.⁵¹ La forma en que se sentía y se hablaba del cuerpo enfermo al hablar con el médico era fundamental, porque transmitía la verdadera esencia de la enfermedad, la cual debía de ser entendida como algo incrustado en la biografía del sujeto sensible.⁵² Weizsäcker argumentaba que mientras el psicoanálisis interpretaba lo que decía el paciente para comprender la psique, la antropología médica se había orientado a considerar más seriamente sus declaraciones como una autopercepción de los procesos corporales y mentales. Esta idea se basaba en el supuesto de que uno podía percibir los procesos internos, las funciones y su respectiva interacción a través de sensaciones corporales y fantasías por igual.⁵³

Poco después del final de la Segunda Guerra Mundial, Weizsäcker trató de aclarar la comprensión de la psicósomática que había elaborado durante la década de 1930 mientras estaba en Heidelberg.⁵⁴ Luego rechazó explícitamente la idea de que los trastornos o enfermedades orgánicas pudieran ser causados por factores psíquicos -un concepto que había sido discutido intensamente bajo el título de “psicogénesis” por médicos de orientación psicoanalítica como Felix Deutsch, Franz Alexander y otros que habían trabajado y publicado en Estados Unidos durante la década de 1930. Para Weizsäcker, no podía haber una conexión causal que condujera de la psique al cuerpo, ya que insistía en la estructura paralela de ambos, sin afirmar que ninguno de los dos tomaba la posición principal en términos de tiempo o relevancia.⁵⁵ Toda enfermedad -ya sea orgánica o psíquica- era, desde este punto de vista, la materialización de un conflicto no resuelto. Así, toda enfermedad tenía un “objetivo” oculto que el clínico debía descifrar a través de la psicoterapia, cuyo objetivo era llevar al sujeto que sufría a descubrir y aceptar el verdadero sentido de su vida, incluida la muerte como parte integral de la experiencia humana.⁵⁶

No obstante, aunque Weizsäcker consideraba que su teoría era una concepción de medicina general, sus estudios de casos se realizaron principalmente en el contexto de enfermedades neurológicas, que excluían las que se consideraban enfermedades orgánicas fatales. En diciembre de 1943, en una carta a su discípulo y colega de Heidelberg, Wilhelm Küttemeyer, Weizsäcker explicó su reticencia:

Aún quedan muchas preguntas por responder, sobre todo si dejamos atrás las neurosis y nos volcamos hacia las enfermedades orgánicas o incluso hacia la psicosis. Me esforcé duramente, aunque más bien en vano, por resolver este problema... Pronto también rechacé el modelo de psicogénesis y me limité a proclamar una formal analogía del drama psíquico y orgánico. Los contenidos, los motivos de los procesos psíquicos no son capaces de dilucidar por qué fue afectado primero este órgano, luego aquel otro, y por qué fue afectado de tal o cual manera.⁵⁷

Küttemeyer, sin embargo, no se dejó intimidar por esta admisión y pasó a aplicar el concepto de antropología médica tanto a las psicosis como a las enfermedades terminales.⁵⁸

CÓMO EL “GRANITO DEL PROCESO MATERIAL” LLEGÓ A SER EMOCIONALMENTE ACCESIBLE

En un Festschrift publicado con motivo del septuagésimo cumpleaños de Weizsäcker, Küttemeyer eligió deliberadamente el cáncer como tema para ejemplificar la idea de que las diferentes esferas (somática, psíquica y metafísica) proporcionaban una “elucidación mutua” (*gegenseitige Erläuterung*) a medida que avanzaba el curso de la enfermedad.⁵⁹

Lo que Küttemeyer quiso decir con “elucidación mutua” quedó claro cuando presentó su estudio de caso de un paciente con linfoma de Hodgkin de treinta y cuatro años. El hombre quien había sido alguna vez un niño sensible y de mente abierta mimado por su madre, había sido golpeado repetidamente por su brutal padre. A pesar de su amor por su madre, él se identificó con su padre, quien luego se convirtió en el prototipo de autoridad para él. Esta identificación supuso una escisión interior que se profundizó cuando su único amigo se

mudó a otro lugar. Como corolario, su vida interior estaba congelada, aunque sin embargo fue capaz de seguir adaptándose a su entorno y sobre todo a la autoridad sin ningún esfuerzo aparente. Durante la Segunda Guerra Mundial, se convirtió en el ejemplo perfecto de un soldado que no tenía reparos en matar o morir.

Kütemeyer concluyó de este esbozo biográfico que la dimensión psíquica del paciente estaba marcada por el vacío y el congelamiento, su dimensión metafísica por una desesperación inconsciente, y un proceso maligno, que Kütemeyer describió como una “monstruosa fertilidad del alma”, correspondiente a la dimensión somática⁶⁰. Incluso aún más que Weizsäcker, quien también estaba a favor de incluir la dimensión social y que, por lo tanto, destacó la necesidad de que el médico asumiera su misión política, Kütemeyer enfatizó la importancia de la dimensión sociopolítica de la enfermedad al considerar la historia personal y política como paralelas. Kütemeyer aplicó la antropología médica a la patología tanto social como individual y vio el cáncer como una especie de enfermedad prototípica “alemana” o incluso “europea” y como un medio para aceptar el pasado nacionalsocialista⁶¹. Esto fue aún más obvio en un artículo que presentó en 1965 en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Aspectos Psicossomáticos de las Enfermedades Neoplásicas. Allí argumentó que:

estos enfermos [de cáncer] adoptan debido a su dependencia de las figuras dominantes y de todos sus representantes al servicio de los tabúes, que han sido erigidos por ellos y que estrangulan su vida y el destino de su vida, una actitud como la de los “liberados” reclusos de un campo de concentración hacia su torturador: permanecen a los pies de su maestro, cantando con voz débil sus melodías favoritas, para divertirlo y apaciguarlo. Así, el paciente trata de existir en dos mundos, que se contradicen y se niegan fundamentalmente. El depósito de odio acumulado y la fuerza destructiva equivalente a ello, tiene, con la excepción de salidas insignificantes a la superficie, sólo la posibilidad de expresarse en una forma invisible psico-espiritual-social, es decir, en un proceso maligno.⁶²

Así, Kütemeyer no solo atribuyó el poseer una estructura psíquica particular (sumisión a la autoridad que conduce a un conflicto interno irresoluble) como responsable del cáncer, sino que además afirmó que eran precisamente los sentimientos poderosos que resultaban de esta estructura psíquica los que generaban el cáncer, sentimientos que no podían expresarse dentro de la misma estructura y por esta razón se expresaron como cáncer. Por lo tanto, las emociones no reconocidas o incluso no sentidas se consideraron clave para la aparición de enfermedades.

Estas proposiciones fueron recibidas con severas críticas incluso entre aquellos que no miraban con recelo la medicina psicossomática. Esto se hizo muy obvio cuando, en la década de 1960, la facultad de medicina de Heidelberg discutió si las publicaciones de Kütemeyer cumplirían con el estándar de una habilitación alemana o si, en cambio, deberían recibir una cátedra honoraria -un puesto que ofrecía prestigio, pero no salario. Algunas de las revisiones internas y externas solicitadas del trabajo fueron devastadoras. Criticaron principalmente las deficiencias metodológicas, dejando de lado las relaciones causales que se trazaban entre las distintas esferas del cuerpo, la psique y el entorno social. También criticaron su desprecio por la noción científica de evidencia mostrada en el hecho de que basaba todo su argumento en un solo estudio de caso.⁶³ Incluso el discípulo más prominente de Weizsäcker, Alexander Mitscherlich, quien se convertiría en uno de los psicoanalistas y médicos psicossomáticos más influyentes en la Alemania Occidental posterior a 1945, exigió ferozmente que la facultad de Heidelberg no otorgara ningún honor o posición a Kütemeyer.⁶⁴ La declaración de Mitscherlich es particularmente reveladora, no solo porque había recibido su propia formación médica formativa en Heidelberg, sino también porque había comenzado a investigar las repercusiones emocionales y somáticas para la psicología individual y social del pasado nacionalsocialista de Alemania Occidental. Mitscherlich publicó tres bestsellers sobre el tema: *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft* (1963), *Krankheit als Konflikt* (1966) y, junto con Margarete Mitscherlich, *Die Unfähigkeit zu trauern* (1967).⁶⁵ En su carta al decano del Departamento de Medicina de la Universidad de Heidelberg, Mitscherlich criticó el hecho de que Kütemeyer hubiera basado su trabajo en la *Gestaltkreis* de Weizsäcker, transfiriendo el principio de equivalencia entre percepción y movimiento a la patogénesis en general de este último. Más o menos abiertamente, Mitscherlich se distanció de la antropología médica en general y afirmó pertenecer a una comunidad internacional de investigadores clínicos cuyos estándares Kütemeyer ignoró.⁶⁶

El debate sobre los logros científicos de Kütemeyer -finalmente obtuvo una cátedra honoraria, pero nada más- marca un importante punto de inflexión en la historia de la psicología en Alemania Occidental. No fue solo el momento en que la medicina psicológica ganó la respetabilidad científica y el reconocimiento público que no tenía antes; también fue el momento en que los defensores de la medicina psicológica pusieron mayor énfasis en definir límites y reinventarse como parte de la ciencia moderna basada en la evidencia, la estandarización y la práctica experimental.

LA “SUPERIORIDAD MORAL” DE LA MEDICINA PSICOLÓGICA EN ALEMANIA POST-1945

Dada la percepción de la amplia participación de los médicos convencionales en la eutanasia nacional socialista, los experimentos humanos y las prácticas de exterminio, Mitscherlich ayudó a que la medicina psicológica alemana tuviera una especie de superioridad moral sobre la medicina científica “tradicional”. La Asociación Médica de Alemania Occidental (Ärztelkammer) lo nombró jefe de una comisión de observación oficial de los juicios médicos de Nuremberg que se llevaron a cabo en 1946 y 1947 en tribunales militares estadounidenses. Mitscherlich y los médicos que seleccionó para la comisión informaron regularmente sobre los procedimientos para los medios de comunicación de Alemania Occidental. El informe final de la Asociación Médica se publicó en tres versiones: primero en 1947, luego -después de un acalorado debate dentro de la comunidad médica de Alemania Occidental- en 1949 bajo el título *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* (“Ciencia sin Humanidad”), y luego nuevamente en 1960.⁶⁷ La interpretación general de los crímenes de los médicos nazis presentada por Mitscherlich y su colega Fred Mielke en el informe fue que “la humanidad y la autonomía médica perecen si la ciencia únicamente percibe y trata a los seres humanos como objetos”.⁶⁸ La antropología médica, que abogaba por la reintroducción del sujeto sensible en el encuentro médico, se describió claramente como una alternativa moralmente superior. Esta línea de pensamiento fue respaldada por Weizsäcker, quien argumentó en 1947 que “una concepción de la medicina que ve a la enfermedad únicamente como una entidad científico-biológica tiene que buscar estándares éticos fuera del ámbito médico”.⁶⁹ Aunque la respuesta pública a estas publicaciones a fines de la década de 1940 fue limitada, obtuvieron una atención generalizada después de su reedición en 1960, allanando el camino para una reevaluación de la medicina psicológica. Se percibió como una forma más humana de práctica médica inmune a las aberraciones políticas porque tenía un potencial crítico y una autoafirmación moral de la que carecía la medicina “científico-biológica”.⁷⁰ Sin embargo, a pesar de que la medicina psicológica de Alemania Occidental estaba ansiosa por presentarse como una alternativa intacta a la tradición “mecanicista” dominante, la generación más joven de aquellos interesados en los enfoques psicológicos también estaba decidida a abrazar los estándares de lo que percibían como ciencia moderna. Al igual que con el propio Mitscherlich, quien visitó los Estados Unidos con una beca Rockefeller en 1951, muchos médicos más jóvenes recurrieron a la medicina psicológica estadounidense, especialmente con respecto a los estudios sobre el cáncer que ya estaban en marcha en varios centros clínicos de los Estados Unidos, en su búsqueda para responder a las dos preguntas que Mitscherlich y otros se harían más tarde al juzgar el trabajo de Kütemeyer: ¿en qué evidencia podrían basarse las investigaciones sobre las emociones como causa del cáncer?, y ¿cuál es el vínculo causal que explica cómo funcionan las emociones en el cuerpo, no solo con respecto a al sistema nervioso autónomo, sino también en términos de estructuras materiales “impermeables” como el cáncer?

LA CONEXIÓN TRANSATLÁNTICA: CÓMO ENTRÓ EN JUEGO LA MEDICINA PSICOLÓGICA AMERICANA PARA EL CÁNCER

Al igual cómo en Alemania, había habido cierta renuencia a estudiar el cáncer en la medicina psicológica estadounidense temprana. Sin embargo, la primera contribución importante a la psicología de los pacientes con cáncer la había hecho Elida Evans, ya en 1926, quien delineó un perfil de personalidad de las pacientes con cáncer basándose en su análisis de cientos de mujeres con cáncer de mama. Evans, una psicoanalista junguiana, argumentó que los pacientes con cáncer eran individuos extrovertidos que

habían perdido un objeto, rol o persona fundamental para su identidad. Debido a su personalidad, no tenían los recursos internos para hacer frente a la pérdida y, por lo tanto, desarrollaron cáncer.⁷¹ Sin embargo, su extenso estudio permanecerá siendo el único durante al menos una década.⁷² En 1935, un primer paso hacia la renovación e intensificación del interés en los análisis psicológicos del cáncer fue realizado por Helen Flanders Dunbar, ella si bien alguien controversial, fue sin embargo, una de las figuras más influyentes de la medicina psicosomática estadounidense de las décadas de 1930 y 1940. Habló del cáncer (entre muchas otras enfermedades) en su encuesta pionera de literatura psicosomática, *Emotions and Bodily Changes*⁷³.

En general, la Escuela estadounidense de medicina psicosomática estuvo fuertemente influenciada por la promoción de Adolf Meyer para la integración de la psiquiatría con la medicina general, que comenzó en la década de 1920 en los Estados Unidos.⁷⁴ Los desarrollos en psiquiatría explican el interés por las conexiones psicógenas y una nueva observación de las relaciones entre mente y cuerpo, las emociones y su expresión física, los estados afectivos y los trastornos somáticos.⁷⁵ En Alemania, la medicina psicosomática temprana era más el dominio de médicos capacitados en medicina interna o neurología, como Viktor von Weizsäcker o su contemporáneo Gustav von Bergmann, director clínico en Berlín y Munich.

Desde finales de la década de 1930 en adelante, los médicos pertenecientes al movimiento psicosomático estadounidense propusieron agregar un eslabón psíquico a la cadena etiológica o causas etiopatogénicas del cáncer. Fundamental para esta decisión fue el supuesto de “multicausalidad” y, por lo tanto, la necesidad de considerar “la distribución variable de factores psicológicos y no psicológicos de un caso a otro”.⁷⁶ Franz Alexander, considerado uno de los fundadores de la medicina psicosomática estadounidense, propuso una lista de nueve factores etiológicos de la enfermedad. Las emociones jugaron un papel en al menos tres de ellos, pero estaban estrechamente relacionadas con otros factores que dieron forma a la constitución del cuerpo y sus órganos.⁷⁷

En proporciones variables, se asumió que todos estos factores desempeñaban un papel etiológico en todas las enfermedades, incluido el cáncer, y su interacción ofrecía un cuadro causal más completo que antes. Sin embargo, el punto de vista psicosomático enfatizó el papel de las emociones sobre otros factores: “En las últimas dos décadas”, señaló Alexander en 1939, “se ha prestado cada vez más atención al papel causal de los factores emocionales en la enfermedad y una creciente orientación psicológica se manifiesta entre los médicos”.⁷⁸

El segundo elemento importante del pensamiento psicosomático estadounidense fue que la orientación psicológica se basaba en supuestos sobre la fisiología de las emociones, lo que proporcionaba una respuesta a la búsqueda de un vínculo causal entre el cuerpo y las emociones. Estos supuestos fisiológicos integraron los hallazgos a principios del siglo XX del fisiólogo de Harvard Walter B. Cannon, quien enfatizó el concepto de homeostasis. Se pensaba que las emociones iban acompañadas de cambios fisiológicos: el miedo provocaba palpitaciones del corazón, mientras que la ira aumentaba la actividad cardíaca, aumentaba la presión arterial e inducía cambios en el metabolismo de los carbohidratos, etc. Los fenómenos fisiológicos resultan de complejas interacciones musculares provocadas por la influencia de los impulsos nerviosos y el sistema nervioso autónomo. Así, los músculos faciales y el diafragma fueron supuestamente modificados por la risa, las glándulas lagrimales por el llanto, el corazón por el miedo, las glándulas suprarrenales y el sistema vascular por la rabia, etc.⁷⁹

Según las teorías de la medicina psicosomática, los cambios fisiológicos que solían acompañar a las emociones eran transitorios, pero producían alteraciones físicas. Estos podrían conducir a alteraciones funcionales, particularmente cuando se sentían emociones intensas durante un período de tiempo sustancial. Las condiciones patológicas aparecían cuando una persona trataba de contener las emociones durante demasiado tiempo.⁸⁰

En las décadas de 1940 y 1950, las teorías psicosomáticas basadas en efectos fisiológicos se fortalecieron mediante la vinculación con el concepto emergente de estrés. Conocido simplemente como el “concepto de estrés”, fue formulado por Hans Selye, un fisiólogo de la Universidad de Montreal, quien enmarcó las reacciones fisiológicas como parte de un “síndrome de adaptación general”, una respuesta del cuerpo a eventos estresantes que estaba dirigido a restablecer un equilibrio perdido (adaptación) que podría dañar o agotar el cuerpo si duraba demasiado.⁸¹ El concepto de estrés no solo era lo suficientemente amplio como

para abarcar todo tipo de estrés, lo que explica en parte por qué el concepto fue tan popular y tan ampliamente implementado en los años venideros, sino que también se integró rápidamente en la psiquiatría, donde la emoción anteriormente fisiológica “estrés” fue reinterpretada dentro de un marco psicológico.⁸² Este tipo de estrés fisiológico-psicológico también se integró en la medicina psicosomática: “Muchas emociones debidas a las complicaciones de nuestra vida social no pueden expresarse y aliviarse libremente a través de actividades voluntarias, sino que permanecen reprimidas y luego se desvían por canales equivocados”.⁸³ En 1954, el ex psiquiatra militar Roy Grinker insistió en que

tenemos que buscar en el ámbito ambiental familiar, escolar, laboral, social y otros para determinar qué ha sido significativo para evocar una respuesta malsana en un tema en particular. Esto puede ser tan simple y ordinario como un cambio en el círculo familiar por el nacimiento de un hijo o la muerte de una madre, o tan complicado y extenso como un trastorno social general. Todos estos factores ambientales pueden llegar a un punto vulnerable en la capacidad integradora del paciente, provocar ansiedad e iniciar una serie de regresiones psicológicas que pueden ser más adaptativas, aunque costosas. Con los fenómenos regresivos se asocian eventos internos que a menudo van acompañados de disfunciones orgánicas. Ya sea que la vulnerabilidad del paciente o el entorno más estresante sea el factor crucial o más reciente en la etiología, la respuesta es una serie múltiple de interacciones dentro del paciente y su entorno.⁸⁴

Durante este período, la revista *Psychosomatic Medicine* publicó los resultados de numerosos estudios sobre las reacciones de las personas al estrés ambiental o social y su capacidad para adaptarse a las circunstancias ambientales.

Los estudios sobre el cáncer psicosomático publicados desde la década de 1940 en adelante también introdujeron nuevos métodos para investigar el cáncer psicosomáticamente y, por lo tanto, establecieron nuevos estándares para lo que se definió como evidencia científica dentro del pensamiento psicosomático. Si bien Elida Evans había basado todo su libro en estudios de casos y evidencia anecdótica derivada de su práctica clínica psiquiátrica, ahora los “nuevos” estudios se centraron en el uso de pruebas prospectivas de personalidad, herramientas metodológicas desarrolladas por psicólogos y psiquiatras en la década de 1930. Las pruebas empleadas con mayor frecuencia fueron la prueba de Rorschach establecida entonces y El Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota⁸⁵. Ambas pruebas ofrecieron una forma de estandarización y “cientificación” para la investigación del cáncer psicosomático de la que anteriormente carecía.

Uno de los estudios más citados sobre las emociones y el cáncer en los Estados Unidos y en Alemania Occidental también se basó en los hallazgos de estas pruebas de personalidad. El estudio fue realizado por Milton Tarlau e Irwin Smalheiser en el Instituto del Cáncer de la Ciudad de Nueva York en Welfare Island, un hospital para pacientes terminales de cáncer, y publicado en 1951.⁸⁶ Sus sujetos de examen fueron veintidós mujeres casadas que habían sido diagnosticadas previamente con cáncer. La mitad tenía cáncer de mama y la otra mitad cáncer de cuello uterino. Para evaluar sus personalidades, Tarlau y Smalheiser primero hicieron una entrevista personal con cada uno de ellos que duró de una a dos horas. La entrevista se dirigió hacia aquellos factores que supuestamente influyen en el desarrollo psicosexual de los pacientes. Estos factores incluían la vida familiar temprana, la edad de la paciente en el momento de la muerte de sus padres, la educación sexual y la reacción a la menstruación, así como el ajuste marital. Tarlau y Smalheiser luego pidieron a las mujeres que interpretaran los dibujos con manchas de tinta del método de diagnóstico de la personalidad de Rorschach. Los datos de Rorschach se consideraron los más valiosos, puesto que aunque se sospechaba que los pacientes distorsionaban deliberadamente el material de la entrevista, se suponía que su “verdadero” funcionamiento se revelaba claramente en su reacción a las manchas de tinta no estructuradas. Finalmente, Tarlau y Smalheiser pidieron a las mujeres que dibujaran varias figuras humanas.⁸⁷ Estos dibujos se utilizaron para complementar y corroborar el diagnóstico producido por las imágenes de Rorschach. Al final, Tarlau y Smalheiser correlacionaron el material de la entrevista con los datos de Rorschach y lo interpretaron como una imagen consistente para los dos grupos. Los datos

revelaron, argumentaron, un marco general común de dominio materno y desajuste sexual para todas las pacientes con cáncer de los órganos sexuales. Concluyeron que, aunque los pacientes habían experimentado otros problemas antes de la enfermedad, había “alguna evidencia aquí que sugiere que la estructura de la personalidad puede jugar un papel en la patogénesis del cáncer de órganos sexuales primarios o secundarios en individuos predispuestos”⁸⁸. Tarlau y Smalheiser asumieron, por tanto, que los patrones de personalidad que describieron no eran el resultado de la enfermedad, pero podrían haber tenido alguna importancia en la génesis o localización del proceso patológico.⁸⁹

En 1954, James H. Stephenson y William J. Grace de la Universidad de Cornell informaron su hallazgo de que se encontró una mayor proporción de desajuste grave de un tipo particular en un estudio de personalidad de 100 mujeres con cáncer de cuello uterino, en comparación con un estudio similar de mujeres con otras formas de cáncer.⁹⁰ Aunque no pudieron identificar el mecanismo responsable de esta diferencia, se consideró que el estudio tenía un valor indicativo. Los paralelismos en la metodología utilizada en estos estudios y el peso científico atribuido a la prueba psicológica como tal, son obvios⁹¹. En general, los estudios de personalidad llevaron al establecimiento de perfiles psicossomáticos para diversas enfermedades.⁹²

EL CORTO MOMENTO DE UNA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA: “TIPO C” EN ALEMANIA DE LOS AÑOS 60 Y 70

La impresión general en la oncología clínica a principios de la década de 1950 fue la de una crisis porque las opciones de tratamiento disponibles eran insuficientes. La cirugía basada en la teoría de que el cáncer tenía orígenes locales ha demostrado ser mucho menos exitosa de lo esperado, incluso en su forma más radical, que se pensaba que erradicaría una enfermedad invasiva con medidas extremas.⁹³ La radioterapia con radio o mesotorio no solo era muy cara, sino que a menudo resultaba simplemente en aliviar los síntomas sin curar el cáncer a largo plazo. Por lo tanto, los investigadores estaban empeñados en repensar la etiología y el tratamiento del cáncer, una tendencia que había sido preparada por la expansión de la investigación del cáncer en Alemania durante el nacionalsocialismo, que había puesto gran énfasis en la investigación de la influencia de las hormonas, vitaminas y agentes químicos en la carcinogénesis y su tratamiento.⁹⁴ Numerosos oncólogos argumentaron que se debería concebir el cáncer como una enfermedad multifactorial y sistémica, un desarrollo que permitía una mayor apertura teórica, ya que las emociones no tenían que ser la única causa, sino simplemente una entre otras.⁹⁵

Además, el giro hacia los desarrollos estadounidenses en los enfoques psicossomáticos del cáncer ayudó a elevar la reputación de este campo dentro de la comunidad médica de Alemania Occidental. No fue solo la adopción de pruebas de personalidad estandarizadas en lugar de estudios de casos; de crucial importancia fue la integración final del concepto de estrés en la medicina psicossomática de Alemania Occidental y particularmente en la medicina psicossomática del cáncer, precisamente en el momento histórico en que el estrés se convirtió en una especie de concepto rector en la investigación y la práctica médica de la Alemania Occidental, así como en los debates públicos sobre los males de la modernidad.⁹⁶ El “estrés” facilitó la conceptualización de las emociones como un trabajo en el cuerpo que estaba en consonancia con el pensamiento médico convencional actual sobre el cáncer, basado en el supuesto de que el cáncer era una forma de “desregulación” a nivel celular.⁹⁷ Además, el concepto de estrés en sí mismo era multicausal -una amplia variedad de agentes podían considerarse eventos estresantes. Su integración fue, por tanto, un paso hacia la investigación de las emociones correlacionadas con el proceso etiológico, y ya no necesariamente como causales.⁹⁸

Finalmente, el concepto de estrés permitió investigar el efecto cancerígeno de las emociones en experimentos con animales. Mientras la teoría psicossomática sostuvo que las emociones complejas como la melancolía o el dolor causaban cáncer, los experimentos con animales eran inconcebibles. Sin embargo, conceptualizar las emociones como “factores estresantes” hizo que las emociones psicossomáticas fueran tanto humanas como “animales” y, por lo tanto, adecuadas para la investigación con sujetos animales. Estos sujetos, en su mayoría ratones, estaban genéticamente predispuestos al cáncer o habían estado expuestos a algún agente químico cancerígeno conocido, y luego se dividieron en dos grupos. Entonces, un grupo

de control sería “estresado” por descargas eléctricas, obligado a nadar o sometido a otras condiciones experimentales de estrés.⁹⁹ Así, en un extenso artículo de revisión en 1961, Hans-Joachim F. Baltrusch, un joven psicólogo médico de Alemania Occidental y miembro del Primer Grupo Internacional de Estudios Psicósomáticos del Cáncer, podía referirse a los numerosos experimentos con animales que se habían realizado en la década de 1950 a la luz del concepto de estrés de Selye, para justificar el tratamiento psicoterapéutico de aquellas “enfermedades mayores hasta la muerte” -como el cáncer- que antes se consideraban enfermedades puramente orgánicas.¹⁰⁰

Durante las décadas de 1960 y 1970, la suposición de que ciertos eventos emocionales estresantes junto con una estructura de personalidad específica -“tipo C”- podían conducir al cáncer se investigó en varios estudios clínicos y epidemiológicos.¹⁰¹ El cáncer como una “enfermedad del alma” finalmente llegó incluso a las revistas populares.¹⁰²

RESOLVIENDO EL ENIGMA DE GEORG GRODDECK

El cáncer planteó un desafío particular para la medicina psicósomática -al menos para lo que se considera medicina psicósomática “moderna”, que antecedió al advenimiento de la patología celular y la bacteriología. Más que cualquier otra enfermedad, se pensaba que el cáncer era orgánico en el sentido más concreto. Esto se debió en gran medida a las prácticas modernas de laboratorio. Una vez que los investigadores comenzaron a aislar y estudiar células cancerosas “insensibles” bajo el microscopio, permitiendo que el tejido canceroso creciera en placas de Petri independientemente de si era de origen humano o animal, la mayoría de los expertos médicos se convencieron de que las emociones como el dolor o la melancolía, de las cuales solo los humanos se pensaba que eran capaces, no podían estar implicados en la carcinogénesis.¹⁰³ Con muy pocas excepciones, la gran mayoría de los médicos e investigadores alemanes no tenían ninguna duda de que la materialidad de un tumor era impermeable a la influencia de las emociones. Esto también fue válido para los médicos interesados en la teoría y la práctica psicósomáticas. El cáncer concebido como una enfermedad que se iniciaba con un crecimiento local y casi siempre irreversible no encajaba en el marco de las neurosis que la mayoría de ellos concebían -una comprensión que se vio reforzada por la aparente desesperanza de tratar el cáncer psicoterapéuticamente. La política de salud nacionalsocialista, que aumentó el énfasis en restaurar la productividad, había hecho que todos los intentos de abordar el cáncer en términos psicósomáticos parecieran descabellados. Como dijo Viktor von Weizsäcker, el “granito” del cuerpo resistió todos los esfuerzos del pensamiento psicósomático para ver la relación entre las emociones y la enfermedad.¹⁰⁴

El cáncer finalmente se volvió psicósomático en Alemania durante la década de 1950, y tres factores principales contribuyeron a este cambio. Primero, el psicoanálisis y la medicina psicósomática en general ganaron un reconocimiento cada vez mayor en la medicina y la sociedad de Alemania Occidental, tanto moral como científicamente. En segundo lugar, este mayor reconocimiento se obtuvo mediante el recurso a los métodos “científicos” que la medicina psicósomática estadounidense ya había aplicado antes y que se percibían como parte de los estándares médicos internacionales modernos. Las entrevistas, las pruebas psicológicas y las evaluaciones estadísticas reemplazaron cada vez más a las observaciones clínicas y los estudios de casos favorecidos por antropólogos médicos como Weizsäcker y psicoanalistas como Groddeck.¹⁰⁵ La tercera razón fue la eventual adopción del paradigma del estrés tras la introducción del “síndrome de adaptación general” por Selye, y la transformación del estrés de una emoción fisiológica a una psicológica -un desarrollo que ocurrió durante la década de 1950. Este cambio finalmente proporcionó una respuesta a la pregunta de cómo las emociones podrían actuar sobre el cuerpo material, tanto humano como animal, e incluso dañarlo permanentemente, una respuesta que fue convincente no solo para los psicólogos sino hasta cierto punto también para los médicos generales. Dado que las emociones como “factores estresantes” podrían convertirse en emociones experimentales, el cáncer finalmente podría estudiarse como una enfermedad psicósomática utilizando estándares científicos modernos. Además, las emociones dejaron de ser concebidas como las causas únicas y específicas del cáncer -podrían ser importantes dentro del concepto de estrés incluso cuando se demostró que solo estaban correlacionadas con la carcinogénesis y la desregulación celular, en lugar de tener un papel causal.

Más allá de estos tres factores, podría haber un cuarto involucrado en el proceso de reinención del cáncer como enfermedad psicosomática. Si se consideran las tendencias y trayectorias de la investigación científica sobre las emociones en el siglo XX, se puede argumentar que los años inmediatos de la posguerra estuvieron marcados por una marginación de las emociones como objetos científicos en diversas disciplinas, seguida de una reevaluación de las emociones en la ciencia desde la década de 1960 en adelante.¹⁰⁶ A primera vista, la historia de la medicina psicosomática contra el cáncer que se ha investigado aquí parece contradecir ligeramente esta tendencia, ya que revela un cambio anterior hacia el estudio de las emociones, comenzando a fines de la década de 1930 en los Estados Unidos y más tarde en Alemania Occidental durante la década de 1950. Sin embargo, si se considera la lógica subyacente a la marginación de las emociones posterior a 1945, la aparente contradicción tiene perfecto sentido. La ciencia posterior a 1945 tendió a ignorar las emociones y optó por modelos basados en la “racionalidad” porque las emociones eran consideradas como fuerzas irracionales, peligrosas e incluso patológicas que habían sido responsables del ascenso al poder de los nacionalsocialistas y, en última instancia, de las atrocidades cometidas bajo su gobierno. La creencia de que las emociones pueden inducir a las células a volverse malignas y hacer que se desencadenen en contra de la salud del cuerpo encaja bien en este marco y fue apoyada además por modelos psicosomáticos que tenían en cuenta la esfera social y también trazaban paralelos entre el cuerpo propiamente dicho y el cuerpo político. Además, la metodología experimental aplicada al estudio de las emociones también contribuyó a la positivización u objetivación de las emociones. El retorno científico más amplio a las emociones en la década de 1960 fortaleció aún más la posición de la medicina psicosomática contra el cáncer en Alemania Occidental, que estaba en sus inicios.

LA HISTORIA CONTINÚA: DE LO PATÓGENICO A LA SALUD EMOCIONAL DENTRO DE LA PRÁCTICA MÉDICA

El cáncer psicosomático fue una noción de corta duración. Las críticas surgieron en los Estados Unidos ya a fines de la década de 1950. En 1959, George M. Perrin e Irene Pierce, ambos miembros de la American Psychosomatic Society, señalaron que

los informes de casos [como los estudios de Tarlau/Smalheiser o Blumberg / West] fueron poco más que sugerentes y rara vez permiten al lector distinguir entre las características psicológicas que podrían ser factores causales, las que podrían ser reacciones típicas a cualquier enfermedad grave, y aquellos que pueden mostrar variaciones puramente accidentales.¹⁰⁷

Aunque en Alemania esta crítica al principio no se interpretó como una crítica fundamental de la idea de la carcinogénesis basada en las emociones, ayudó a allanar el camino para un cambio posterior que fue influenciado por desarrollos simultáneos en los Estados Unidos.

En los Estados Unidos, el énfasis dentro de la medicina psicosomática había pasado de investigar el papel etiológico de las emociones a investigar el papel de las emociones en la práctica médica.¹⁰⁸ En la reunión anual de la American Psychosomatic Society en 1954, George Engel resumió los resultados de un cuestionario enviado a los médicos ese año. Señaló que “muchos dijeron enfáticamente que no estaban interesados en ninguna discusión sobre la psicogénesis o los mecanismos desencadenantes psicológicos, pero sintieron que podría valer la pena considerar las reacciones psicológicas al cáncer”.¹⁰⁹ Los encuestados esperaban que “el conocimiento psicológico detallado de los pacientes con cáncer contribuirá inevitablemente a una mejor atención de estos pacientes y sus familias”.¹¹⁰ Para los médicos psicosomáticos estadounidenses, comprender la influencia del elemento emocional en el cáncer era, por tanto, un problema no solo de conocimiento sino de acción, ya que destacaban el papel de las emociones en la praxis médica. Con frecuencia señalaron que la medicina debería conducir a un cambio en las actitudes de los profesionales y pacientes hacia la enfermedad porque se creía que sus actitudes tenían un impacto directo en la estrategia terapéutica.

Aunque las emociones en la relación médico-paciente ya se habían descrito fuera del área psicosomática, los científicos investigaron el poder curativo de las emociones en el encuentro entre médico y paciente en una literatura en rápido crecimiento sobre este tema.¹¹¹ Para estos científicos, la terapia se basaba en lo que Franz Alexander, en un contexto anterior, había llamado el principio de “experiencia emocional correctiva”.¹¹²

En la década de 1950, varios proyectos analizaron las respuestas psicológicas al cáncer por parte de pacientes hospitalizados, brindando la primera oportunidad de investigación colaborativa con médicos. Los primeros reportes de adaptación psicológica al cáncer y su tratamiento fueron realizados por el grupo psiquiátrico del Hospital General de Massachusetts dirigido por Jacob E. Finesinger, quien describió la culpa y la vergüenza como las respuestas psicológicas más destacadas al estigma del cáncer.¹¹³ Mientras tanto, bajo la dirección de Arthur Sutherland, también psiquiatra, el grupo de investigación psiquiátrica del Memorial Sloan Kettering Cancer Center en Nueva York destacó la importancia de los valores promovidos por el entorno cultural del paciente con cáncer, así como la importancia de las diversas estructuras familiares en influir en las emociones del paciente.¹¹⁴ Estos y otros hallazgos similares resultaron en una crítica de la formación deficiente ofrecida por las facultades de medicina sobre el componente emocional del encuentro médico. Nuevas demandas para investigar, sistematizar e institucionalizar la formación del médico en el manejo de sus propias emociones y las del paciente con cáncer como un elemento crucial del encuentro médico, iban a determinar el mayor desarrollo de la psico-oncología en los Estados Unidos a partir de la 1970 en adelante.¹¹⁵

Así pues, la investigación y la práctica clínica en los Estados Unidos pasaron durante la década de 1950 de investigar la propensión patógena de las emociones a explorar las repercusiones emocionales del cáncer y su tratamiento. Al desplegar las capacidades curativas de las emociones y la posibilidad de “manejar” las emociones, este cambio se orientó a mejorar las opciones para curar el cáncer, así como a mejorar la vida del paciente. En Alemania Occidental, por el contrario, los científicos valoraban tanto la comprensión de las emociones en la década de 1960 y continuaron examinando la capacidad de las emociones para generar, curar y soportar el cáncer.

(*) Max Planck Institute for Human Development, Berlin, Germany; hitzer@mpib-berlin.mpg.de

(**) School of Medicine, University of Navarra, Pamplona, Spain; mpleon@unav.es

NOTA: Las versiones anteriores de este texto se han discutido con Uffa Jensen, Alexa Geisthövel y Pedro Gil-Sotres, así como con nuestros dos coeditores, Otniel Dror y Anja Laukötter. Estamos muy agradecidos por sus comentarios y sugerencias, así como por los comentarios y sugerencias de los revisores anónimos y del editor de *Osiris*. También queremos agradecer a Kate Davison por su ayuda con la corrección de estilo de este artículo.

Publicado en: Journal of the History of Science Society, “*History of Science and the Emotions*”, Volume 31, Number 1, pp. 67-93, 2016.

Versión electrónica:

<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/687591>

Volver a Bioanálisis
Volver a Newsletter 15-ALSF

Notas al final

- 1.- Georg Groddeck, „Von der psychischen Bedingtheit der Krebskrankheit“, en *Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik*, ed. Günter Clauser (Wiesbaden, 1966), 380–5 (trad. Bettina Hitzer).
- 2.- Ni un solo artículo de *Der Nervenarzt*, una de las revistas alemanas más importantes de medicina psicosomática desde 1928 en adelante, se dedicó a una comprensión psicosomática del cáncer. De manera similar, no hubo números de las revistas *Allgemeine Ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie und Psychohygiene* (publicado por primera vez en 1928 y después de 1930 como *Zentralblatt für Psychotherapie*) o *Zentralblatt für Psychoanalyse und Psychotherapie: medizinische Zeitschrift für Seelen* dedicado al cáncer.
- 3.- Véanse, por ejemplo, las entradas de la Enciclopedia Británica de 1929 sobre “cáncer” e “investigación del cáncer”, que se basaron en parte en una resolución estipulada por una reunión internacional organizada por la Sociedad Estadounidense para el Control del Cáncer en 1926. Véase la Enciclopedia Británica, vol. . 4, 14ª ed. (Nueva York, 1929), s.v. “Cáncer”, de George A. Soper, 731–4, y s.v. “Investigación sobre el cáncer”, por Walter Sydney Lazarus-Barlow, 734–8. Para obtener una descripción general de la investigación sobre el cáncer en Europa y Estados Unidos, consulte Patrice Pinell, *The Fight Against Cancer: France 1890–1940* (Nueva York, 2002); James T. Patterson, *The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture* (Cambridge, Mass., 1987); Wolfgang U. Eckart, 100 años de investigación organizada del cáncer: 100 Jahre organisierte Krebsforschung (Stuttgart, 2000); Gabriele Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft und Krebsforschung 1920–1970 (Stuttgart, 2011).
- 4.- Christopher Lawrence y George Weisz, eds., *Greater than the Parts: Holism in Biomedicine, 1920–1950* (Oxford, 1998); Anne Harrington, *Reenchanted Science: Holism in German Culture from Wilhelm II to Hitler* (Princeton, N.J., 1999).
- 5.- Hasta el siglo XIX, el cáncer se entendía como un proceso inflamatorio. Hipócrates describió la causa del cáncer como un exceso de bilis negra, un punto de vista más elaborado por Galeno (129 dC - ca. 200). Dentro del galenismo, un flujo de bilis negra podría dar lugar a escirro, una forma de la cual estaba relacionada o era capaz de convertirse en cáncer. Otras explicaciones sugirieron que un flujo de bilis negra sin mezclar con sangre dio lugar al cáncer de inmediato, con mayor frecuencia en el tejido mamario femenino. A lo largo de los siglos, los médicos agregaron teorías complementarias, llegando a la conclusión de que el cáncer era una forma corrupta, pero el mismo proceso que hacía tejidos normales también producía tejidos anormales. David Cantor, “Cancer”, en *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, ed. William F. Bynum y Roy Porter (Londres, 1997), 537–61, pág. 540.
- 6.- Bettina Hitzer, “Healing Emotions,” en *Emotional Lexicons: Continuity and Change in the Vocabulary of Feeling 1700–2000*, ed. Ute Frevert, Monique Scheer, Anne Schmidt, Pascal Eitler, Bettina Hitzer, Nina Verheyen, Benno Gammerl, Christian Bailey, and Margrit Pernau (Oxford, 2014), 118–50, on 131–4; Patricia Jasen, “Malignant Histories: Psychosomatic Medicine and the Female Cancer Patient in the Postwar Era,” *Can. Bull. Med. Hist.* 20 (2003): 265–97.
- 7.- Lo siguiente se basa en una amplia comprensión de la psicosomática que abarca todos los modelos que vinculan el cuerpo y la psique. Funciona asumiendo que la psique afecta las funciones del cuerpo, su salud y sus enfermedades de diversas formas. Esto difiere de una comprensión más estrecha de la psicosomática como informada psicoanalíticamente que se utiliza a menudo en la historiografía de la psicosomática del siglo XX. Para una descripción general de la historia del movimiento psicosomático en Estados Unidos, véase Edward Shorter, *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Medicine in the Modern Era* (Nueva York, 1992); Theodore M. Brown, “The Rise and Fall of American Psychosomatic Medicine”, artículo presentado a la Academia de Medicina de Nueva York, Nueva York, 29 de noviembre de 2000, <http://human-nature.com/free-associations/riseandfall.html> (consultado el 26 de octubre de 2015).
- 8.- En la introducción a su historia de las emociones y su relación con la ciencia, los editores Frank Biess y Daniel M. Gross sostienen que incluso desde una perspectiva científica más amplia, el contexto transatlántico es un “factor crucial para explicar el estado cambiante de las emociones como objeto de la investigación científica.” Biess y Gross, “Emotional Returns”, en *Science and Emotions after 1945: A Transatlantic Perspective*, ed. Frank Biess y Daniel M. Gross (Chicago, 2014), 1–38, en 14.
- 9.- Algunos médicos prominentes, incluido Franz Alexander, emigraron a los Estados Unidos antes de 1933, al igual que varios científicos y físicos judíos en los años siguientes. Véase, por ejemplo, Mitchell G. Ash y Alfons Sollner, *Forced Migration and Scientific Change: Emigré German-Speaking Scientists and Scholars after 1933* (Cambridge, 1996); Volker Roelcke, Paul Weindling, and Louise Westwood, eds., *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany, and the United States to World War II* (Rochester, N.Y., 2010).
- 10.- También se podría nombrar el trabajo de Wilhelm Reich, el psiquiatra y psicoanalista nacido en Austria. Sin embargo, debido a que su trabajo sobre la supuesta relación entre la carcinogénesis y la incapacidad de entregarse por completo en el orgasmo comenzó principalmente después de que dejó Alemania en 1933, no se investiga aquí. Además, sus estudios sobre el cáncer solo fueron reconocidos marginalmente por la ciencia médica en las décadas de 1940 y 1950 antes de obtener una atención generalizada dentro del contexto de los movimientos estudiantiles de las décadas de 1960 y 1970. Reich, *The Cancer Biopathy*, vol. 2 de *The Discovery of the Orgone* (1948; repr., Nueva York, 1973). Véase también James E. Strick, *Wilhelm Reich, Biologist* (Cambridge, Mass., 2015), 186–217.
- 11.- Werner Kaelin, *Krebsfrühdiagnose-Krebsvorbeugung: Krebsdisposition und Krebs als Zeitkrankheit* (Frankfurt am Main, 1956), 16–22. Para una descripción general de la medicina antroposófica, consulte Gunver S. Kienle, Hans-Ulrich Albonico, Erik Baars, Harald J. Hamre, Peter Zimmermann y Helmut Kiene, “Anthroposophic Medicine: An Integrative Medical System Originated in Europe”, *Glob. Advances Health Med.* 2 (2013): 20–31.

- 12.- La clínica fue fundada en 1921 por el médico Ita Wegman. Ahora llamado Ita-WegmanKlinik en honor a su fundador, fue la única clínica de medicina antroposófica en el mundo hasta 1960 y sigue siendo uno de los principales centros para ella en los países de habla alemana.
- 13.- Véase Werner Kaelin, *Die prophylaktische Therapie der Krebskrankheit* (Stuttgart, 1930). También publicó una versión condensada de sus hallazgos en una revista oncológica muy respetada: Kaelin, “*Versuche zu einer Frühdiagnose des Krebses aus dem Blut nach capillar-dynamischer Methode*”, *Z. Krebsforsch.* 34 (1931): 457–72. Para una versión revisada y ampliada, ver Kaelin, *Krebsfrühdiagnose* (cit. N. 11).
- 14.- Gerhard Suchantke, “*Zum Problem der Krebspsyche*,” *Natura* 4 (1929–30): 365–8.
- 15.- Kaelin, *Krebsfrühdiagnose* (cit. n. 11), 24–5, 32–3.
- 16.- Suchantke, “*Zum Problem*” (cit. n. 14), 365, 368; Kaelin, *Krebsfrühdiagnose* (cit. n. 11), 32, 36, and 38–44. Los factores externos pueden ser ciertas dolencias o sus componentes, alcohol, tabaco, rayos X o sustancias químicas como la anilina. A este respecto, Kaelin se basó en las discusiones sobre los agentes cancerígenos en los alimentos, los estimulantes y el entorno laboral que prevalecieron especialmente durante el nacionalsocialismo. Véase Robert N. Proctor, *The Nazi War on Cancer* (Princeton, Nueva Jersey, 1999).
- 17.- En un artículo posterior, Suchantke se refirió explícitamente a Freud y sus conceptos, que interpretó a la luz de la antropología de Rudolf Steiner. Véase G. Suchantke, “*Wert und Unwert des Begriffs der Krebspsyche*”, *Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen* 4 (1951): 145–56, en 150.
- 18.- Kaelin, *Krebsfrühdiagnose* (cit. n. 11), 30–1; Suchantke, “*Zum Problem*” (cit. n. 14), 365..
- 19.- Suchantke, “*Wert und Unwert*” (cit. n. 17), 150
- 20.- Detlef Bothe, *Neue Deutsche Heilkunde 1933–1945. Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften*, vol. 62 (Husum, 1991), 270–99.
- 21.- Uwe Werner, *Anthroposophen in der Zeit des Nationalsozialismus 1933–1945* (Munich, 1999).
- 22.- Mientras Kaelin permaneció en Arlesheim hasta su muerte en 1973, Suchantke se trasladó a Berlín en 1934, donde trabajó en la clínica universitaria de naturopatía, luego a Tirol en 1939 y poco después a Baviera. En 1954, regresó a Arlesheim, donde murió en 1956. Kaelin publicó artículos sobre el cáncer en la revista insignia de *Neue Deutsche Heilkunde*, titulada *Hippokrates*. Véase Werner Kaelin, “*Frühdiagnose mittels der kapillar-dynamischen (K.D.) Reaktion*”, *Hippokrates* 2 (1934): 48–58.
- 23.- Johannes retz, “*Das Krebsleiden als Allgemeinerkrankung*” *Z. Krebsforsch.* 51 (1941): 6–35, on 26.
- 24.- Un ejemplo destacado es Gustav von Bergmann (1878-1955), que ocupó una cátedra de medicina interna primero en Marburgo, luego en Frankfurt am Main y, finalmente, en Berlín.
- 25.- Felix Deutsch, “*Das Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der inneren Medizin*,” *Wiener Med. Wochenschr.* 72 (1922): 809–16, on 815
- 26.- Para una biografía y una introducción general a los desarrollos de Groddeck, véase Herbert Will, *Die Geburt der Psychosomatik: Georg Groddeck, der Mensch und Wissenschaftler* (Munich, 1984).
- 27.- Georg Groddeck, *Die psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden* (Berlin, 1917), 11–3. Este libro fue revisado con entusiasmo por Sandor Ferenczi, un colaborador cercano de Freud que más tarde tuvo a Groddeck en alta estima. Ferenczi, revisión de *Die Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden*, por Georg Groddeck, *Int. Z. Ärztl. Psicoanal.* 4 (1917): 346–7. Véase también Will, *Psychosomatik* (cita n. 26), 48.
- 28.- El neologismo alemán *psychophysisch* (literalmente “psicofísico”) fue uno de los términos clave de la discusión psicósomática alemana temprana, incluso antes de que el término actual “psicósomático”, que era más fácil de traducir al inglés, tomara impulso. Véase Will, *Psychosomatik* (cita n. 26), 4.
- 29.- Groddeck, *Psychische Bedingtheit* (cit. n. 27), 27–9.
- 30.- Georg Groddeck, *Das Buch vom Es: Psychoanalytische Briefe an eine Freundin* (Leipzig, 1923). Apareció más tarde en inglés como *The Book of the It* (Londres, 1935). Freud tomó prestado el término de Groddeck para su seminal “*Das Ich und das Es*”, publicado el mismo año y luego traducido al inglés como *The Ego and the Id* (Londres, 1927).
- 31.- Groddeck, *Psychische Bedingtheit* (cit. n. 27), 29.
- 32.- *Ibid.*, 15.
- 33.- Georg Groddeck, “*Von der psychischen Bedingtheit der Krebserkrankung*,” in *Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik*, ed. Günter Clauser (Wiesbaden, 1966), 380–5, on 382.
- 34.- *Ibid.*, 381.
- 35.- Los epidemiólogos han destacado la creciente mortalidad asociada con el cáncer desde el siglo XIX. Durante el siglo XX, la epidemiología del cáncer cambió a la luz de las investigaciones sobre su etiología, por lo que surgieron dos polaridades: las que favorecían los factores endógenos (como la mutación genética) y las que favorecían los factores exógenos (como virus, parásitos, sustancias químicas ambientales o agentes físicos como la radiación). Además, el aumento de la publicidad en torno a varios carcinógenos significó que la enfermedad se hizo más visible. Cantor, “*Cáncer*” (cita n. 5), 537, 556
- 36.- Groddeck, “*Bedingtheit der Krebserkrankung*” (cit. n. 33), 382–3.
- 37.- *Ibid.*, 385.
- 38.- Como médico que trataba a los pacientes en el día a día, Groddeck estaba interesado no tanto en explicar cómo funcionaba, sino en demostrar que un co-tratamiento psicoanalítico era eficaz. Véase Groddeck, *Psychische Bedingtheit* (cita n. 27), 29.
- 39.- Sandor Ferenczi, nacido en Hungría, otra figura importante y un amigo cercano de Groddeck, murió en 1933. El propio Groddeck murió en 1934; no había salido de Alemania después de 1933, aunque tenía una relación ambivalente con el nacionalsocialismo. Ver Will, *Psychosomatik* (cit. n. 26), 104

- 40.- Moser, *Deutsche Forschungsgemeinschaft* (cit. n. 3), 55–239.
- 41.- Pedro Lain Entralgo, “Viktor von Weizsäcker und die ärztliche Praxis,” en Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag, *Schriften zur anthropologischen und interdisziplinären Forschung in der Medizin*, vol. 1, ed. Peter Hahn and Wolfgang Jacob (Berlin and Heidelberg, 1987), 23–44, on 24; Anne Harrington, *The Cure Within: A History of Mind-Body Medicine* (New York, 2008), 86; Geoffrey Cocks, *Psychotherapy in the Third Reich: The Göring Institute*, 2nd rev. and exp. ed. (Piscataway, N.J., 1997); Ulrich Schultz-Venrath and Ludger M. Hermanns, “*Gleichschaltung zur Ganzheit: Gab es eine Psychosomatik im Nationalsozialismus?*” in *Neues Denken in der Psychosomatik*, ed. Horst-Eberhard Richter and Michael Wirsching (Frankfurt am Main, 1992), 83–103. Para obtener una descripción general del restablecimiento de la escuela de Heidelberg después de 1945, ver Thomas Henkelmann, “*Zur Geschichte der Psychosomatik in Heidelberg: V. v. Weizsäcker und A. Mitscherlich als Klinikgründer*,” *Psychotherap. Psychosomat. Med. Psychol.*
- 42.- (1992): 175–86. 42 Matthias H. Göring, *Über seelisch bedingte echte Organerkrankungen* (Stuttgart, 1937), 13–4.
- 43.- Matthias H. Göring, “Die nationalsozialistische Idee in der Psychotherapie,” en *Deutsche Seelenheilkunde: Zehn Aufsätze zu den seelenärztlichen Aufgaben unserer Zeit*, ed. Matthias H. Göring (Leipzig, 1934): 11–6, on 15. Sobre el cambio de nombre de los términos psicósomáticos durante el nacionalsocialismo, véase Mechthilde Küttemeyer, “*Die Sprache der Psychosomatik im Nationalsozialismus*,” in *Gift, das du unbewußt eintrinkst: Der Nationalsozialismus und die deutsche Sprache*, ed. Werner Bohleber and Jörg Drews (Bielefeld, 1994), 61–82.
- 44.- Harald Schultz-Hencke, “*Die Tüchtigkeit als psychotherapeutisches Ziel*” in *Deutsche Seelenheilkunde*, ed. Matthias H. Göring (Leipzig, 1934), 84–97. Aunque Göring -teniendo en cuenta la quema de los libros de Freud- aparentemente trató de enfatizar el nuevo carácter de la psicoterapia bajo el nacionalsocialismo, se podría argumentar que restaurar la productividad de las personas en vista del bien de la nación no era nada nuevo para el pensamiento psicoterapéutico.. Michael Hagner, “*Naturphilosophie, Sinnesphysiologie, Allgemeine Medizin*,” en *Der Hochsitz des Wissens*, ed. Michael Hagner and Manfred D. Laubichler (Zurich, 2006), 315–36, on 329–35
- 45.- En la Alemania de la década de 1920, se había discutido mucho sobre “*Rentenneurose*”, generalmente relacionado con experiencias de guerra. Los hombres decían no poder trabajar y solicitaban una pensión a pesar de que los médicos no podían diagnosticar ninguna dolencia corporal. Las dificultades que tenían se atribuían a las neurosis, y los médicos tenían que juzgar si estas neurosis eran “reales” o “falsas” para determinar si los pacientes recibirían dinero del Estado. Weizsäcker examinó a muchos pacientes que supuestamente padecían “*Rentenneurose*”. En la mayoría de los casos, recomendó la terapia ocupacional para estos pacientes y recomendó enfáticamente que no se les otorgara una pensión. Al analizar los escritos de Weizsäcker de 1933 y 1934, Udo Benzenhöfer razonó que estos textos oscilaban entre la adaptación (lingüística) y la aprobación de ciertas ideas nacionalsocialistas sobre productividad, “*Volksgemeinschaft*” e incluso esterilización, por un lado, y una crítica cautelosa insistiendo en la autonomía y autoridad del médico sobre el otro. Benzenhöfer, *Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker: Leben und Werk im Überblick* (Göttingen, 2007), 106–31. Sobre la serie de conferencias que Weizsäcker celebró en la Universidad de Heidelberg en el verano de 1933 (publicado en 1934), véase Michael Hagner, “*Values and the Body: Sketches for a History of Psychosomatics in Germany*”, en *Sternwarten-Buch: Jahrbuch des Collegium Helveticum*, ed. Gerd Folkers y Helga Nowotny (Zürich, 1997), 68–80, págs. 75–6. Igualmente sin resolver está el papel de Weizsäcker como jefe de neurología en Wrocław desde 1941 en adelante, donde uno de sus asistentes estudió el cerebro de los niños asesinados dentro del programa de eutanasia. No está claro si Weizsäcker sabía que los niños fueron asesinados. Véase Karl Heinz Roth, “*Psychosomatische Medizin und Euthanasie: Der Fall Viktor von Weizsäcker*”, 1999: *Z. Sozialgesch.* 1 (1986): 65–99, y Benzenhöfer, *Arztphilosoph*, 152–60. Los archivos de Heidelberg del Departamento de Neurología contienen una serie de declaraciones de testigos expertos firmadas por Weizsäcker que recomendaban la esterilización de pacientes epilépticos, por ejemplo, la recomendación proporcionada al *Erbgesundheitsgericht Darmstadt* (Tribunal de Salud Hereditario, Darmstadt), 26 de septiembre de 1938, firmada por el Dr. Ansorge y Prof. Dr. v. Weizsäcker, en *Krankenakte D. Sch.*, * 6 de febrero de 1902, Archivos de la Universidad de Heidelberg (en lo sucesivo, UAH), firma preliminar: Acc. 30/01 (Neuro), neu: L-V, 1938, núm. 898.
- 46.- La exposición de salud de 1931 *Kampf dem Krebs* (“Lucha contra el cáncer”), organizada por el Museo Alemán de Higiene de Dresde y la Sociedad Alemana del Cáncer, mostró varios carteles que aconsejaban a los padres de mediana edad que revisaran sus cuerpos con regularidad para evitar morir de cáncer. Véase, por ejemplo, Exposición: *Kampf dem Krebs*, ca. 1931, *Deutsches Hygiene Museum DHMD 2001 / 247.1*. Para conocer más de cerca el vínculo entre las emociones y la educación para la salud, consulte Anja Laukötter, “*How Films Entered the Classroom: The Sciences and the Emotional Education of Youth through Health Education Films in the United States and Germany, 1910-30*”, en este volumen 1931.
- 47.- Hitler, cuya madre murió de cáncer, se interesó mucho en la investigación y el tratamiento del cáncer, tanto que lo último que le pidió a su ministro de Propaganda Joseph Goebbels fue que le informara, antes de despedirse en vísperas del ataque a la Unión Soviética el 22 de junio de 1941, sobre los recientes avances en la investigación del cáncer; véase Elke Fröhlich, *The Diaries of Joseph Goebbels*, vol. 4 (Munich, 1987), 711. Sobre exposiciones sobre el cáncer durante el nacionalsocialismo, véase Lilo Berg, Katharina Klotz y Susanne Roeßiger, *Recognized in good time - curable: Cancer education in the 20th century*, ed. Deutsches Hygiene Museum (Dresden, 2002); Bettina Hitzer, “*Body Care (n): Health Policy with Feeling*”, en *Performing Emotions: Interdisciplinary Perspectives on the Relationship between Politics and Emotions in the Early Modern Era and in Modern Times*, ed. Claudia Jarzebowski y Anne Kwaschik (Göttingen, 2013), 43-68, en 57-63. Sobre las medidas de detección precoz, véase Proctor, *War on Cancer* (cit. N. 16), 27-34.
- 48.- Weizsäcker ocupó el cargo hasta 1941, cuando asumió la cátedra de neurología en la Universidad de Breslau/Wrocław. Después de 1945, regresó a Heidelberg y ocupó la cátedra de medicina clínica general, que más tarde pasaría a llamarse cátedra de medicina psicósomática. Se retiró en 1952

- 49.- Un ejemplo de ello es el paciente “E. N.”, quien había sido ingresada en el Departamento de Neurología en 1935. Le diagnosticaron metástasis después de haber tenido una mastectomía en 1934, pero aparentemente fue tratada en el Departamento de Neurología debido a problemas emocionales, que se detallaron extensamente en su historia clínica. Archivo del paciente “E. N.” * 1 de junio de 1877, UAH, firma preliminar: Acc. 30/01, neu: L-V, (Neuro), 1935, no. 635.
- 50.- Richard Siebeck, *Medizin in Bewegung: Klinische Erkenntnisse und ärztliche Aufgabe* (Stuttgart, 1949), 18–37, 397–408
- 51.- Si bien Weizsäcker mencionó por primera vez elementos de su teoría Gestaltkreis en la década de 1920, continuó trabajando en ella durante la década de 1930 y publicó una síntesis de sus hallazgos en 1940. Viktor von Weizsäcker, *Der Gestaltkreis: Theory of the Unity of Perceiving and Moving* (Leipzig, 1940)).
- 52.- Revisando todos los escritos publicados por Weizsäcker durante estos años, se encontrará que su concepción de la relación cuerpo-psique no siempre fue consistente. Está abierto a debate si esta inconsistencia debe verse como una “inestabilidad estructural” fructífera o como un producto de la indecisión teórica. Véase Gerlof Verwey, “*Medicine, Anthropology, and the Human Body*”, *Growth Med. Knowl. Phil. Medicina*. 36 (1990): 133–62, en 147–54.
- 53.- Weizsäcker leyó por primera vez los escritos de Freud durante la década de 1920. En 1926 visitó a Freud en Viena. Permanecieron en contacto, especialmente después de que Weizsäcker le envió su *Körpergeschehen und Neurose* en 1932, discutiendo las ideas y conceptos respectivos de cada uno. Weizsäcker no abrazó completamente el concepto psicoanalítico de Freud, sino que lo usó más como inspiración para desarrollar sus propias ideas sobre la interrelación entre la vida corporal, psíquica y social fundamental para su antropología médica. Véase Viktor von Weizsäcker, *Gesammelte Schriften*, ed. Peter Achilles, Dieter Janz, Martin Schrenk y Carl Friedrich von Weizsäcker (Frankfurt am Main, 1986), 1: 154; Benzenhöfer, *Arztphilosoph* (cita n. 45), 69.
- 54.- Por supuesto, el concepto de Weizsäcker se desarrolló y cambió ligeramente con el tiempo. En sus trabajos publicados, elaboró su teoría presentando estudios de casos individuales, que aparentemente se basaron en sus conversaciones psicoterapéuticas con pacientes, pero que no se informaron en los archivos de pacientes que se pueden encontrar en los Archivos de la Universidad de Heidelberg. No utilizó ninguna prueba psicológica o estadística para probar sus suposiciones. Véase, más notablemente, Viktor von Weizsäcker, “*Körpergeschehen und Neurose: Analytische Studien über somatische Symptombildungen*,” *Int. Z. Psychoanal.* 19 (1933): 16–116; Weizsäcker, *Studien zur Pathogenese*, *Schriftenreihe zur Deutschen medizinischen Wochenschrift*, vol. 2 (Leipzig, 1935).
- 55.-Viktor von Weizsäcker, “*Psychosomatische Medizin*,” en *Gesammelte Schriften* (cit. n. 53), 6:459–60. Originalmente publicado en *Verhandlungen Deutsch. Gesell. Innere Med.* 55 (1949): 13–24.
- 56.- *Ibid.*, 461–4.
- 57.- Viktor von Weizsäcker a Wilhelm Küttemeyer, 22 de diciembre de 1943, German Literature Archive Marbach, A: Sternberger, 89.10.6952 / 9 (traducción de Bettina Hitzer). Que Weizsäcker no respondiera a la pregunta de cómo se interrelacionaban la psique y el soma fue una crítica que también fue expresada por otros médicos. Véase Suchantke, “*Wert und Unwert*” (cita n. 17), 145.
- 58.- En referencia a Weizsäcker, eligió una variación del título de Weizsäcker de 1933: Wilhelm Küttemeyer, *Körpergeschehen und Psychose*, *Beiträge aus der Allgemeinen Medizin* 9 (Stuttgart, 1953).
- 59.- Wilhelm Küttemeyer, “*Anthropologische Medizin in der inneren Klinik*,” en *Arzt im Irrsinn der Zeit: Eine Freundesgabe zum siebzigsten Geburtstag am 21.4.1956*, Viktor von Weizsäcker, ed. Paul Vogel (Göttingen, 1956), 243–65, on 246.
- 60.- *Ibid.*, 255.
- 61.- See Wilhelm Küttemeyer, *Die Krankheit Europas: Beiträge zu einer Morphologie* (Berlin, 1951).
- 62.- Wilhelm Küttemeyer, “*Psychosocial Aspects of Cancer*”, documento presentado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Aspectos Psicossomáticos de las Enfermedades Neoplásicas, Turín, junio de 1965. Küttemeyer utilizó el mismo ejemplo en su libro *Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit*, refiriéndose a los informes de Primo Levi y Jean Cayrol sobre su experiencia en el campo de concentración. Argumentó aquí, como en *Körpergeschehen und Psychose* cuando se habla del “carácter demoníaco”, que no se puede negar “la similitud de estas circunstancias con la estructura de la sociedad totalitaria, particularmente en lo que respecta a la inversión del bien y el mal, característica de la melancolía”. También justificó sus referencias a los campos de concentración explicando que solo el recuerdo de esta “escuela del sufrimiento” ayudaría a llevar a cabo la reforma política y médica integral que se necesitaba. Küttemeyer, *Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit* (Göttingen, 1963), 183.
- 63.- Reseñas del Prof. Dr. C. Kuiper (Amsterdam), 8 de marzo de 1964, y del Prof. Dr. Paul Martini (Bonn), 19 de febrero de 1964. Más positivas fueron las reseñas del Prof. Dr. FJJ Buytendijk (Utrecht), 22 de octubre 1963, y Prof. Dr. A. Jores (Hamburgo), 29 de octubre de 1963, UAH, PA 10389, Dr. Wilhelm Küttemeyer (* 18 de abril de 1904).
- 64.- Alexander Mitscherlich a Friedrich-Wilhelm Brauss, Decano de Medicina, Heidelberg, 14 de enero de 1964, UAH, PA 10389, Dr. Wilhelm Küttemeyer. Sobre la carrera intelectual de Mitscherlich, véase Martin Dehli, *Leben als Konflikt: Zur Biographie Alexander Mitscherlichs* (Göttingen, 2007). Para su papel como una voz crítica en la medicina y la sociedad de Alemania Occidental, ver Tobias Freimüller, *Alexander Mitscherlich: Gesellschaftsdiagnosen und Psychoanalyse nach Hitler* (Göttingen, 2007).
- 65.- Alexander Mitscherlich, *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft: Ideen zur Sozialpsychologie* (Munich, 1963), y la edición inglesa, *Society without the Father* (Nueva York, 1969); Mitscherlich, *Krankheit als Konflikt — Studien zur psychosomatischen Medizin* (Frankfurt am Main, 1966); Mitscherlich y Margarete Mitscherlich, *Die Unfähigkeit zu trauern: Grundlagen kollektiven Verhaltens* (Munich, 1967), y la edición en inglés, *The Inability to Mourn: Principles of Collective Behavior* (Nueva York, 1975).
- 66.- Mitscherlich to Brauss, 14 January 1964 (cit. n. 64).
- 67.- Alexander Mitscherlich and Fred Mielke, *Wissenschaft ohne Menschlichkeit: Medizinische und eugenische Irrwege unter*

Diktatur, Bürokratie und Krieg (Heidelberg, 1949) El primer informe de 1947 se tradujo al inglés como *Doctors of Infamy: The Story of the Nazi Medical Crimes* (Nueva York, 1949). El informe alemán de 1949 fue recibido con silencio por los médicos y los medios de comunicación alemanes. En consecuencia, Mitscherlich preparó una reedición que se publicó en 1960 y recibió mucha más cobertura mediática: Mitscherlich y Mielke, *Medizin ohne Menschlichkeit: Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses* (Frankfurt am Main, 1960), publicado en inglés como *The Death Doctors* (London, 1962). Sobre los juicios de los médicos de Nuremberg, véase Paul Weindling, *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent* (Nueva York, 2005); Wolfgang U. Eckart, *Medizin in der NS-Diktatur: Ideologie, Praxis, Folgen* (Viena, 2012), 403–7. Sobre el papel de Mitscherlich en particular, véase Dehli, *Leben als Konflikt* (cit. N. 64), 145–75.

68.- Alexander Mitscherlich y Fred Mielke, *Das Diktat der Menschenverachtung: Eine Dokumentation* (Heidelberg, 1947), portada (traducción. Bettina Hitzer).

69.- Viktor von Weizsäcker, “‘Euthanasie’ und Menschenversuche,” *Psyche* 1 (1947): 5–39, en 38. Al presentarse a sí mismo como un observador imparcial, Weizsäcker ocultó su propia controversial participación en la medicina nacionalsocialista tanto como autor de la *Ärztliche Vernichtungslehre* de 1933 (“doctrina médica de la aniquilación”) y, de 1941 a 1945, como director del Instituto Neurológico de Wrocław, donde su colega Hans-Joachim Scherer examinaba los cerebros de los niños asesinados.

70.- Uno de los revisores de Wilhelm Küttemeyer, F. J. J. Buytendijk de la Universidad de Utrecht, argumentó a favor de Küttemeyer sugiriendo que la “peligrosa apreciación de la llamada ciencia objetiva... había contribuido a la conducta abominable de muchos profesores durante el nazismo”. Véase el Prof. Dr. F. J. J. Buytendijk (Utrecht), 22 de octubre de 1963, UAH, PA 10389, Dr. Wilhelm Küttemeyer (trad. Bettina Hitzer).

71.- Elida Evans, *Un estudio psicológico del cáncer* (Nueva York, 1926). El libro se analiza en Marco Balenci, “Il lavoro pionieristico di Elida Evans e l’approccio junghiano alla psicosomatica del cancro”, *Giorn. Stor. Psicolog. Dinam.* 14 (1990): 195–217.

72.- El movimiento psicosomático estadounidense ignoró a Evans durante veinticinco años. Véase Patricia Jasen, “El cáncer de mama y el lenguaje del riesgo, 1750–1950”, *Soc. Hist. Medicina.* 15 (2002): 17–43, en 41; John I. Wheeler y Bettye McDonald Caldwell, “Evaluación psicológica de mujeres con cáncer de mama y de cuello uterino”, *Psychosomat. Medicina.* 17 (1955): 256–68.

73.- Helen Flanders Dunbar, *Emotions and Bodily Changes* (New York, 1935). On Flanders Dunbar, see Robert C. Powell, “Helen Flanders Dunbar (1902–1959) y el Holistic Approach to Psychosomatic Problems. I. The Rise and Fall of a Medical Philosophy,” *Psychiat. Quart.* 49 (1977): 133–52.

74.- Adolf Meyer (1866–1950) nació en Suiza y emigró a los Estados Unidos en 1892, instalándose en Chicago, después de haber trabajado en hospitales para pacientes mentales en otros lugares de Illinois (Kankakee State Hospital), y en Worcester, Massachusetts (State Lunatic Hospital). Contribuyó significativamente a la mejora de los estándares médico-científicos de estas instituciones y se esforzó por introducir a sus compañeros médicos en el concepto unificado de “psicobiología”. Véase Suzanne R. Karl y Jimmie C. Holland, “Looking at the Roots of Psychosomatic Medicine: Adolf Meyer,” *Psychosomatics* 54 (2013): 111–4; Holland, “History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers,” *Psychosomat. Med.* 64 (2002): 206–21, on 208

75.- En los primeros años del siglo XX, los psiquiatras estadounidenses lucharon por convertirse en miembros de la facultad en las escuelas de medicina y miembros del personal en los hospitales generales, instando a que la psiquiatría se enseñara más ampliamente a los estudiantes de medicina y que se prestara mayor atención al paciente. Adolf Meyer, por ejemplo, trató de promover la causa de la psiquiatría en todo el país desde su puesto en Johns Hopkins desafiando la oposición médicamente inútil de lo mental y lo físico. Ver Brown, “Rise” (cit. n. 7).

76.- Franz Alexander, *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications* (New York, 1950), 52.

77.- La lista de Alexander enumeraba (a) la constitución hereditaria, (b) las lesiones de nacimiento, (c) las enfermedades orgánicas de la infancia que aumentan la vulnerabilidad de ciertos órganos, (d) la naturaleza del cuidado infantil (hábitos de destete, control de esfínteres, arreglo para dormir, etc.), (e) las experiencias físicas traumáticas accidentales de la infancia y la niñez, (f) las experiencias emocionales traumáticas accidentales de la infancia y la niñez, (g) el clima emocional de la familia y rasgos específicos de personalidad de padres y hermanos, (h) las lesiones físicas posteriores, e (i) las experiencias emocionales posteriores en las relaciones íntimas personales y laborales. Ver *ibid.*; véase también Roy R. Grinker y Fred P. Robbins, *Psychosomatic Case Book* (Nueva York, 1954), 327.

78.- Franz Alexander, “Psychological Aspects of Medicine,” *Psychosomat. Med.* 1 (1939): 7–18, en 7. El artículo fue reimpresso en M. Ralph Kaufman y Marcel Heimann, eds., *Evolution of Psychosomatic Concepts: Anorexia Nervosa, a Paradigm* (Nueva York, 1964), 56–77. En 1950, Alexander afirmó que “teóricamente toda enfermedad es psicosomática, ya que los factores emocionales influyen en todos los procesos corporales”. Alexander, *Psychosomatic Medicine* (cit. n. 76), 52.

79.- Alexander, “Psychological Aspects” (cit. N. 78), 14. En este sentido, la reunión anual de 1956 de la American Psychosomatic Society se centró en recordar las contribuciones de Cannon al estudio del papel de las emociones en la enfermedad, citando su famoso artículo publicado veinte años antes. Véase Walter B. Cannon, “The Role of Emotion in Disease,” *Ann. Intern. Med.* 9 (1936): 1453–65. Sin embargo, hicieron una distinción entre enfoques fisiológicos y psicológicos de las emociones; ver “Reunión para miembros de la sociedad e invitados en honor del profesor Walter B. Cannon en la Escuela de Medicina de Harvard, el domingo 25 de marzo de 1956”, *Psychosomatic Medicine* 19 (1957): 179–81 (el número conmemora al profesor Walter B. Cannon e incluye los comentarios introductorios del Dr. Binger en la reunión).

80.- Alexander, “Psychological Aspects” (cit. N. 78), 15. Al menos inicialmente, la escuela psicosomática estadounidense señaló

que cada emoción estaba relacionada específicamente con un trastorno o enfermedad orgánica. Alexander, *Psychosomatic Medicine* (cit. N. 76), 9, 14 y 16. Sin embargo, desde el primer número de la revista *Psychosomatic Medicine*, la centralidad de este punto en el debate era obvia. Véase Pilar León-Sanz, “*Resentment in Psychosomatic Pathology (1939–1960)*” en *On Resentment: Past and Present*, ed. Bernardino Fantini, Dolores Martín Moruno, y Javier Moscoso (Newcastle upon Tyne, 2013), 131–64, on 139

81.- En 1950, un artículo escrito en coautoría por Hans Selye y Claude Fortier, “*Adaptive Reaction to Stress*”, *Psychosomat. Medicina*. 12 (1950): 149–57, fue seguido por numerosos artículos sobre este tema, algunos de los cuales conectaban el cáncer y el estrés. Véase Harrington, *Cure Within* (cit. n. 41), 139–74; Lea Haller, “*Stress, Cortison und Homöostase: Künstliche Nebennierenhormone und physiologisches Gleichgewicht, 1936-1960*”, *NTM* 18 (2010): 169–95; Patrick Kury, *Der überforderte Mensch: Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout* (Frankfurt am Main, 2012); David Cantor y Edmund Ramsden, eds., *Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century* (Rochester, N.Y., 2014); Lea Haller, Sabine Höhler, and Heiko Stoff, “*Stress—Konjunkturen eines Konzepts*,” in “*Stress!*” ed. Lea Haller, Sabine Höhler, y Heiko Stoff, special issue, *Zeithist. Forsch.* 11 (2014): 359–81, <http://www.zeithistorische-forschungen.de/3-2014> (accessed 31 August 2015).

82.- Sobre el cambio de la excitación de la adrenalina desde lo fisiológico a lo psicológico después de 1945, ver Otniel E. Dror, “*What Is an Excitement?*” en Biess y Gross, *Science and Emotions* (cita n. 8), 121–38. Véase también Theodore M. Brown, “*‘Stress’ in US Wartime Psychiatry: World War II and the Immediate Aftermath*”, en Cantor y Ramsden, *Stress* (cit. N. 81), 121–41; Tulley Long, “*The Machinery and the Morale: Physiological and Psychological Approaches to Military Stress Research in the Early Cold War Era*,” en Cantor and Ramsden, *Stress*, 142–85; Mark Jackson, *The Age of Stress: Science and the Search for Stability* (Oxford, 2013).

83.- Alexander, “*Psychological Aspects*” (cit. n. 78), 18.

84.- Grinker and Robbins, *Psychosomatic Case Book* (cit. n. 77), 331.

85.- La prueba de Rorschach fue desarrollada por el psicólogo suizo Hermann Rorschach a principios de la década de 1920. Su propósito era examinar las características de personalidad y el funcionamiento emocional de un individuo. El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) fue desarrollado a fines de la década de 1930 por el psicólogo Starke R. Hathaway y el psiquiatra J. Charnley McKinley de la Universidad de Minnesota. Sigue siendo uno de los instrumentos de prueba más utilizados tanto en entornos clínicos como en investigación psicológica. El MMPI continuó siendo recomendado durante las siguientes décadas en la búsqueda de predictores de adaptación psicosocial al cáncer. Véase “*The Development of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*,” *J. Hist. Behav. Sci.* 30 (1994): 148–61; Harry J. Sobel y J. William Worden, “*The MMPI as a Predictor of Psychosocial Adaptation to Cancer*,” *J. Consult. Clin. Psychol.* 47 (1979): 716–24; Rebecca Schilling y Stephen T. Casper, “*Of Psychometric Means: Starke R. Hathaway and the Popularization of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*,” *Sci. Context* 28 (2015): 77–98. Con respecto a la prueba de Rorschach, véase Peter Galison, “*Image of Self*”, en *Things That Talk: Object Lessons from Art and Science*, ed. Lorraine Daston (Nueva York, 2004), 257–94.

86.- El Dr. Milton Tarlau (1910-1991) fue psiquiatra y neurólogo con prácticas en Manhattan y el este de Pensilvania. Ocupó cargos como neurólogo en Manhattan en Goldwater Memorial Hospital, Bellevue Hospital Center y Veterans Administration Hospital, así como en Easton Hospital en Easton, Pennsylvania. Durante la década de 1960 se convirtió en un experto encefalógrafo. Véase “*Milton Tarlau, neurólogo*”, *New York Times*, 16 de junio de 1991.

87.- Milton Tarlau and Irwin Smalheiser, “*Personality Patterns in Patients with Malignant Tumors of the Breast and Cervix: An Exploratory Study*,” *Psychosomat. Med.* 13 (1951): 117–21, on 117.

88.- *Ibid.*, 121.

89.- *Ibid.*, 117. Otro grupo de investigadores que entrevistó a mujeres con cáncer de mama coincidió en que las pacientes con cáncer de mama estaban extremadamente reprimidas sexualmente. Además, indicaron que las mujeres con cáncer de mama parecían estar marcadamente inhibidas para expresar agresión y tendían a camuflarse con una fachada de simpatía. Pero estos autores fueron cautelosos a la hora de atribuir algún significado causal a las relaciones que encontraron. Véase Catherine L. Bacon, Richard Renneker y Max Cutler, “*A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast*” *Psychosomat. Med.* 14 (1952): 453–60.

90.- James H. Stephenson and William J. Grace, “*Life Stress and Cancer of the Cervix*” *Psychosomat. Med.* 16 (1954): 287–94. Ver También, Wheeler and Caldwell, “*Psychological Evaluation*” (cit. n. 72).

91.- De manera similar, un estudio realizado en California, que involucró a cincuenta pacientes con cáncer y presentado en la reunión de 1952 de la Asociación Estadounidense para la Investigación del Cáncer por Eugene M. Blumberg, Philip M. West y Frank W. Ellis, llevó a cabo “una batería completa de pruebas psicológicas, incluyendo el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), el Rorschach, el Test de Percepción Temática y el Test de Inteligencia Wechsler-Bellevue” con el fin de observar la relación entre la esperanza de vida media y los perfiles de personalidad de los pacientes. Los datos resultantes sugirieron que “el estrés emocional intenso y de larga data puede ejercer un efecto profundamente estimulante sobre la tasa de crecimiento de un cáncer establecido en humanos”. Blumberg, West, y Ellis, “*A Possible Relationship between Psychological Factors and Human Cancer*,” *Psychosomat. Med.* 16 (1954): 277–86, on 286.

92.- Curiosamente, estos patrones de personalidad del cáncer solían atribuirse a las mujeres, los sujetos preferidos de los estudios sobre el cáncer psicosomático de los años cincuenta. Como señala Jasen, uno puede preguntarse si esta feminización de la personalidad del cáncer y la afirmación concomitante de que esta personalidad era defectuosa revela una tendencia misógina subyacente en la medicina psicosomática y la psiquiatría en ese momento. Esto se subraya particularmente por el hecho de que los estudios se basaron en contextos metodológicos controvertidos. Jasen, “*Malignant Histories*” (cita n. 6), 284–5. Cómo

las suposiciones sobre la feminidad, especialmente sobre el carácter y el papel de las emociones femeninas, influyeron en los conceptos psicológicos y psiquiátricos durante ese tiempo, se puede seguir en el ensayo de Anne Harrington, “Mother Love and Mental Illness: An Emotional History,” en este volumen.

93.- El cirujano Karl Heinrich Bauer, uno de los principales oncólogos de Alemania Occidental, admitió en un comunicado interno que circuló a mediados de la década de 1960 que el 80 por ciento de los pacientes con cáncer aún no se pueden curar. Ver Senatskommission für das Krebsforschungszentrum an der Universität Heidelberg (DFG), “*Denkschrift betr. Anstalt für Geschwulstforschung und Geschwulstbehandlung an der Universität Heidelberg*,” sgd. K. H. Bauer (n.d.), Bundesarchiv BArch B 142/3434, pags. 186–96, on 190.

94.- Eckart, *Medizin* (cit. n. 67), 287. 317–43.

95.-95 J. Kretz and O. Pözl, “*Die Psyche des Krebskranken*” *Der Krebsarzt* 1 (1946): 19–29, en 19.

96.- Hans-Georg Hofer, “*Labor, Klinik, Gesellschaft: Stress und die westdeutsche Universitätsmedizin (1950–1980)*” *Zeithist. Forsch.*, online ed., vol. 11 (2014), <http://www.zeithistorische-forschungen.de/3-2014> (consultado el 31 de agosto de 2015).

97.- Norbert Paul, “*Die molekulargenetische Interpretation des Krebs: Ein Paradigma, seine Entwicklung und einige Konsequenzen*,” en Eckart, 100 Jahre (cit. n. 3), 95–100, en 96.

98.- Este desarrollo está en línea con lo que Nissim Mizrahi ha descrito como una tendencia general en la teoría psicósomática estadounidense. Mizrahi, ““From Causation to Correlation: The Story of Psychosomatic Medicine 1939–1979,” *Cult. Med. Psychiat.* 25 (2001): 317-43.

99.- Ver, e.g., Marvin Reznikoff and David E. Martin, “The Influence of Stress on Mammary Cancer in Mice,” *J. Psychosomat. Res.* 2 (1957): 56–60; M. B. Waller, P. Waller, and R. F. Strelbel, “*Effects of Stress on the Course of Development of Cancer in Mice*,” artículo presentado en la First International Conference of the International Psychosomatic Cancer Study Group, Amsterdam, August 1960.

100.- Hans-Joachim F. Baltrusch, “*Leukämien und andere maligne Erkrankungen des haemotopoetischen, lymphatischen und retikulo-endothelialen Systems in psychosomatischer Sicht*,” pt. 1, *Z. Psychosomat. Med.* 7 (1961): 229–35, on 230, y “*Leukämien und andere maligne Erkrankungen*,” pt. 2, *Z. Psychosomat. Med.* 8 (1962): 13–23. En 1981, Selye incluso escribió el prefacio de un libro de texto médico sobre cáncer y psicósomática que apuntaba a la importancia del “estrés psicosocial”: Kurt Bammer, *Krebs und Psychosomatik* (Stuttgart, 1981). Véase también el capítulo sobre el cáncer en el libro de texto de medicina psicósomática más importante de Alemania Occidental que explica los “vínculos psicofisiológicos”: Claus Bahne Bahnsen, “*Das Krebsproblem in psychosomatischer Hinsicht*,” in *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, ed. Thure von Uexküll (Munich, 1979), 685–98, on 692–5.

101.- El Fondo de Investigación Alemán incluso decidió financiar un estudio prospectivo a largo plazo sobre las interdependencias psicósomáticas en el desarrollo de enfermedades crónicas, incluido el cáncer. Este estudio fue realizado por el sociólogo médico Ronald Grossarth-Maticcek entre 1971 y 1978 en Heidelberg, una clara indicación de que la medicina psicósomática había alcanzado el reconocimiento científico. El “concepto de tipo C” ha sido desarrollado principalmente por Lydia Temoshok y Henry Dreher, *The Type C Connection: The Behavioral Links to Cancer and Your Health* (Nueva York, 1992).

102.- “*Krebs durch Seelenschmerz und soziale Qual?*” *Der Spiegel* 45 (1977): 102–16.

103.- Uno de esos expertos fue Isaac Berenblum, quien de 1938 a 1948 fue líder del grupo de investigación del cáncer British Empire Cancer Campaign, de 1948 a 1950 fue investigador en el Instituto Nacional del Cáncer en Bethesda y finalmente se convirtió en profesor de investigación sobre el cáncer en el Instituto Weizman. en Rehovot; ver Baltrusch, “*Leukämien*” pt. 2 (cit. n. 100), 15.

104.- Viktor von Weizsäcker, “*Klinische Vorstellungen*,” *Psyche* 1 (1947): 258–93, on 291.

105.- Erwin W. Straus caracterizó los diferentes enfoques de la medicina psicósomática en los Estados Unidos y Europa en el IV Congreso Internacional de Psicoterapia (1958) como un “encuentro entre una ciencia empírica más o menos consciente de su trasfondo metafísico y epistemológico y otra que no lo sabe”. Straus, “IV Congreso Internacional de Psicoterapia Barcelona, España, 1 al 7 de septiembre de 1958”, *Psychosomat. Medicina.* 21 (1959): 158–64.

106.- Esto es especialmente obvio en las ciencias políticas y sociales, así como en el pensamiento económico. Ver Biess y Gross, “*Emotional Returns*” (cita n. 8), 1–6.

107.- George M. Perrin e Irene R. Pierce, “*Psychosomatic Aspects of Cancer: A Review*” *Psychosomat. Medicina.* 21 (1959): 397–421, en 416. Perrin y Pierce consideraron estos estudios como cuestionables, al menos, ya que eran básicamente anecdóticos, por ejemplo, un estudio de principios del siglo XX sobre los nativos americanos. Ver Isaac Levin, “*Cancer among the American Indians and Its Bearing upon the Ethnological Distribution of the Disease*,” *Z. Krebsforsch.* 9 (1910): 422–35.

108.- David Cantor, “*Memorial’s Stress? Arthur M. Sutherland and the Management of the Cancer Patient in the 1950s*” en Cantor and Ramsden, *Stress* (cit. n. 81), 264–87. Como refleja Felicity Callard, el desarrollo de la psicofarmacología también contribuyó al surgimiento de un nuevo enfoque psicológico para el estudio de las emociones. Véase el ensayo de Felicity Callard, “*The Intimate Geographies of Panic Disorder: Parsing Anxiety through Psychopharmacological Dissection*”, en este volumen.

109.- Citado en Dorothy Levenson, *Mind, Body, and Medicine: A History of the American Psychosomatic Society* (Baltimore, 1994), 126.

110.- *Ibid.*, 127.

111.- Por ejemplo, en 1950, Avery D. Weisman declaró: “A pesar de la importancia de la relación médico-paciente, esta sigue siendo poco conocida, excepto en las circunstancias especiales del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica”. Weisman, “*The*

Doctor-Patient Relationship: Its Role in Therapy”, *American Practitioner and Digest of Treatment* 11 (1950): 1144–51, en 1144. Véase Bettina Hitzer, “*Oncomotions: Experience and Debates in West Germany and the United States after 1945*”, en Biess y Gross, *Science and Emotions* (cita n. 8), 157–78.

112.- Franz Alexander, “*Individual Psychotherapy*,” *Psychosomat. Med.* 8 (1946): 110–15, on 112. Helen Flanders Dunbar dijo: “La responsabilidad del médico es corregir la disfunción intraorganismos, pero a menudo esto solo es posible cuando se convierte en el agente catalizador para restaurar la capacidad del paciente para integrarse en la sociedad”. Dunbar, *Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships, 1910–1953*, 4ª ed. (Nueva York, 1954), 685. Dunbar citó a Grinker y Spiegel con respecto a esta cuestión y señaló que, a menos que el médico tuviera una conexión total y una comprensión comprensiva, muy poco se podría lograr. Esto fue probado empíricamente en un estudio de 1957 realizado por Margaret Thaler, Herbert Weiner y F. Reiser Morton, “*Exploration of the Doctor-Patient Relationship through Projective Techniques: Their Use in Psychosomatic Illness*,” *Psychosomat. Medicina.* 19 (1957): 228–39, sobre 230. Ver Pilar León-Sanz, “El carácter terapéutico de la relación médico-paciente”, en *Emociones y estilos de vida: Radiografía de nuestro tiempo*, ed. Lourdes Flamarique y Madalena D’Oliveira (Madrid, 2013), 101–30.

113.- Ruth D. Abrams and Jacob E. Finesinger, “*Guilt Reactions in Patients with Cancer*,” *Cancer* 6 (1953): 474–82.

114.- Arthur M. Sutherland, “*The Psychological Impact of Postoperative Cancer*,” *Bull. N.Y. Acad. Med.* 33 (1957): 428–45. See also Cantor, “*Memorial’s Stress?*” (cit. n. 108).

115.- Holland, “*History*” (cit. n. 74).