

REVISTA  
LATINOAMERICANA  
DE PSICOPATOLOGIA  
FUNDAMENTAL

Revista Latinoamericana de Psicopatologia  
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em  
Psicopatologia Fundamental  
Brasil

Keller, Pascal-Henri

Propos sur les troubles dits "psychosomatiques"

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. V, núm. 4, diciembre, 2002, pp. 63-73

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponibile en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018122005>

- Comment citer
- Numéro complet
- Plus d'informations de cet article
- Site Web du journal dans redalyc.org

redalyc.org

Système d'Information Scientifique

Réseau de revues scientifiques de l'Amérique latine, les Caraïbes, l'Espagne et le Portugal

Projet académique sans but lucratif, développé sous l'initiative pour l'accès ouverte

## Propos sur les troubles dits "psychosomatiques"

Pascal-Henri Keller

*L'auteur présente ici une réflexion épistémologique concernant la médecine dite "psychosomatique". Le premier constat est celui de la disparition d'un enseignement en psychosomatique à l'institut de Chicago où il a été fondé par Franz Alexander. Le second constat est la persistance de l'utilisation du terme "facteur psychique", et "médecine psychosomatique" alors que leur contenu, d'un point de vue scientifique, n'a toujours pas été défini. L'étonnement que provoque cette situation est abordé à partir de la démarche de Karl Popper. Les enjeux qui sont discutés dans ce contexte, sont ceux d'un changement de paradigme psychosomatique, en accord avec les nouvelles données de la méthode clinique.*

**Mots clés:** Médecine psychosomatique, facteur psychique, méthode clinique, Popper, épistémologie

### Préambule

Lorsque Franz Alexander (1962) a publié son célèbre ouvrage “La médecine psychosomatique”, il n’a pas hésité à affirmer: “Dans un milieu médical, le (médecin) clinicien peut adopter une attitude ‘scientifique’ qui est dans son essence anti-psychologique. Il le fait parce qu’il ne sait pas au juste comment agit cet élément psychique. (...) L’importance de la méthode psychanalytique pour le développement de la médecine consiste dans le fait qu’elle apporte une technique efficace pour l’étude des facteurs psychologiques de la maladie” (p. 12). Depuis cette prise de position pour le moins optimiste, l’Institut de psychanalyse de Chicago, fondé par Alexander en personne dans les années 1930, a, sur ce point, considérablement évolué. Non seulement le courant de la médecine psychosomatique appelé depuis cette époque “l’école de Chicago” ne produit plus de travaux se référant aux concepts mis au point par son fondateur, mais ses dirigeants actuels procèdent progressivement à l’élimination des ouvrages issus de cette période, ceux d’Alexander comme ceux de ses collaborateurs (comme Flanders Dunbar); d’autre part, il n’existe plus à l’heure actuelle, qu’un seul psychanalyste travaillant dans les hôpitaux de Chicago.<sup>1</sup>

A partir de cet étonnant constat, comment expliquer la situation suivante, manifestement contradictoire: alors que l’enseignement du fondateur de la “médecine psychosomatique” est aujourd’hui complètement abandonné, le mot qui, à l’origine, désignait une véritable technique médicale, est toujours utilisé comme s’il correspondait à une authentique spécialité de la médecine. Afin de prendre la mesure d’une telle situation, peut-on imaginer que l’enseignement de la *dermatologie* ou de la *pneumologie* puisse s’interrompre et disparaître en quelques années, et que des médecins praticiens continuent à porter le titre de “dermatologues” ou de “pneumologues”? Ce serait absurde! Pourtant, il s’agit bien de la situation actuelle en médecine dite “psychosomatique”.

1. Observation personnelle, 1998.

Les réflexions du philosophe et épistémologue Karl Popper peuvent nous aider à comprendre cette situation, unique en médecine. En décrivant comment se structure la démarche scientifique, et comment la connaissance se construit, Popper va nous permettre de suivre les différentes étapes du phénomène qui s’est produit en “psychosomatique”, ainsi que les conséquences qu’il est possible d’en tirer.

Dans un ouvrage de 1994, Popper souligne que le point de départ de toute connaissance est *l’étonnement*. L’étonnement s’élabore ensuite en problème, qui à son tour aboutit à la construction d’hypothèses. Celles-ci sont enfin soumises à des vérifications. Lorsqu’une hypothèse n’est pas vérifiée, elle est alors éliminée; en revanche si elle est vérifiée, elle engendre à son tour de nouveaux problèmes (Ibid., p. 31). Or, dans le secteur du savoir qui nous intéresse ici, les relations “corps malade/psychisme”, comment cette démarche s’est-elle effectuée?

## L’étonnement

Ceux qui s’intéressent à l’histoire de la médecine et de la psychanalyse (on peut citer ici à Grinker, Roudinesco, Haynal ou encore Kamieniecki) sont unanimes sur ce point: l’étonnement qui a servi de point de départ “officiel” en psychosomatique vient exclusivement d’une profession, celle des médecins, dans leur rencontre avec des hystériques, au cours de leur exercice médical. Au fil de ces rencontres, il leur est apparu que le discours des hystériques à propos de leurs symptômes corporels ne correspondait *jamais* au discours rationnel de la médecine; par ailleurs, l’évolution réelle de ces symptômes n’obéissait pas davantage aux lois physiopathologiques connues. On peut donc considérer le surgissement de l’étonnement en psychosomatique sous deux angles différents. D’une part, il est apparu à ces médecins que leur logique médicale n’était pas la seule à entrer en ligne de compte dans certains cas de désordre organiques (grave ou non, aigu ou chronique), mais d’autre part, pour les personnes affectées par de tels désordres, l’explication proposée par la médecine, pourtant rationnelle, ne suffit pas et peut s’accompagner alors d’une explication personnelle. L’étonnement de ces médecins provenait de ce que leur savoir, réputé souverain, se trouvait là comme pris en défaut, et qu’un autre savoir se mobilisait à l’occasion, opaque à leur propre compréhension.

Parmi tous ces médecins, pourquoi Groddeck a-t-il été considéré comme le pionnier en psychosomatique? C’est vraisemblablement parce qu’il a été le premier à tenter de rassembler, de façon cohérente, à la fois le savoir de la médecine sur le corps et ce savoir du malade sur lui-même. Toutefois, rappelons

ici que bien avant lui, et dans toutes les civilisations, le surgissement de désordres corporels a déclenché cette *recherche de sens*, à la fois général (établir des lois sur l'apparition de ces désordres) et individuel (établir le sens personnel du désordre).

Quoiqu'il en soit, on peut légitimement s'en tenir à cette affirmation: la démarche scientifique en psychosomatique provient d'un étonnement qui concerne avant tout des *actes de paroles*, et non pas simplement des faits biologiques. Nous ferons d'ailleurs le constat très actuel que, rendue publique et diffusée sous toutes les formes, la progression des savoirs sur le corps et ses dysfonctionnements ne parvient pas à venir à bout de ce souci du malade: au sujet de ce qui se passe dans *son propre corps*, faire entendre son propre savoir, à l'aide de *son propre discours*.

Pour clore cette étape de la démarche en psychosomatique, on peut résumer en ces termes l'étonnement sur lequel elle s'est édifiée: "Comment se fait-il que l'accroissement des connaissances à propos du corps et des maladies qui y surgissent, ne réduise pas simultanément les questions personnelles qui accompagnent chez le malade l'apparition de ses désordres corporels?".

### **Le problème**

Le problème posé par cet étonnement revient par conséquent à reconsidérer la place qu'il convient de donner respectivement à ces deux savoirs qui, l'un comme l'autre, tentent de désigner un même fait: la maladie organique. La place du savoir médical dans le domaine du dérèglement corporel est-elle celle du monopole et de l'exclusivité? Le savoir émanant de la personne atteinte par ces dérèglements dans son propre corps doit-il être considéré comme un simple artefact, un épiphénomène sans la moindre relation avec le fait biologique? Plus abruptement encore, le problème posé par le fait psychosomatique est celui du crédit accordé, en termes d'efficacité, à ces deux savoirs d'apparence contradictoires (Keller, 1997).

En fait, c'est une série de questions très difficiles à explorer qui a surgi de ce problème, une fois posé. Le savoir de la médecine exprime-t-il la vérité sur la pathologie organique? Sa nature "objective" en fait-elle le seul savoir pouvant prétendre à l'efficacité dans le maniement des symptômes? Quant au savoir du malade, n'est-il qu'un savoir superflu? Sa nature "subjective" en fait-elle un savoir à proscrire du dispositif thérapeutique? Le savoir du malade n'est-il acceptable dans ce dispositif qu'à la condition de se présenter sous une forme standardisée, comme le sont toutes les données prises en compte dans l'action thérapeutique?

Nous avons examiné ailleurs la façon dont la médecine technoscientifique envisage de répondre à ces multiples questions en termes quasi expérimentaux: savoir officiel *versus* savoir profane (Keller et Pierret, 2000).

Quant au courant de la médecine dite “psychosomatique”, au travail depuis le début du siècle pour tenter de résoudre le problème à tout prix, il a construit différentes théories qui tentent de considérer les deux savoirs comme complémentaires. Le savoir révélé par le malade viendrait parfaire le savoir médical. Et pour ces théoriciens en psychosomatique, la maladie pourrait ainsi être complètement expliquée sous ses deux aspects, psychique et biologique.

Après avoir ainsi posé le problème du statut respectif des savoirs sur la maladie, celui détenu par la médecine et celui vécu par le malade, poursuivons le raisonnement scientifique jusqu’au bout. Pour cela, il nous faut examiner l’hypothèse principale qui pose, à partir de faits considérés comme stables, qu’une loi scientifique pourrait décrire un fonctionnement “psychosomatique”.

### L’hypothèse

Sur un plan épistémologique strict, rappelons d’emblée que R. Gori et M.-J. Del Volgo (1994) ont magistralement montré que l’existence de ces “faits” dits “psychosomatiques”, non seulement ne pouvait pas être définitivement établie mais que l’hypothèse qui les fonde contenait paradoxalement le désaveu d’une part de l’énoncé qui les désigne: la parole (Gori, 2001). Malgré tout, cette hypothèse le plus souvent formulée par les théoriciens en psychosomatique de manière implicite, peut être énoncée de cette manière: “Les deux savoirs concernant la maladie – le savoir objectif de la médecine, et le savoir subjectif du patient – peuvent être concordants”.

Formulée en ces termes, que laisse entendre cette hypothèse, centrale en psychosomatique? D’une part, une telle formulation suppose que les mots par lesquels il est possible d’avoir accès à ces deux savoirs distincts désignent une seule et même réalité: la réalité biologique du corps. D’autre part, elle place sur un même plan deux logiques pourtant radicalement distinctes: la logique médicale, fondée sur une observation des réactions de la matière corporelle (organes et fonctions) rapportée à l’universalité de ces réactions, et la logique du malade, inscrite avant tout dans l’histoire d’un sujet humain, essentiellement ordonnée par son expérience personnelle, à la fois singulière et familiale.

En s’appuyant sur cette hypothèse, ces théories admettent donc comme vrai, ainsi que le formule Franz Alexander (1962, p. 5), leur principal fondateur, que “les processus psychologiques ne diffèrent aucunement des autres processus

se déroulant dans l'organisme humain (...) (et qu') ils ne se distinguent des autres processus somatiques que parce qu'ils sont perçus subjectivement et qu'ils sont susceptibles d'être communiqués verbalement à autrui".

Or, placer sur un même plan des connaissances obtenues par des méthodes différentes a des répercussions, qu'il s'agisse du point de vue épistémologique comme du point de vue méthodologique. La principale conséquence de cette confusion réside dans le fait que les dires du patient vont être considérés comme appartenant à la même classe de phénomènes que ses productions corporelles pathologiques: des symptômes, expression d'un dysfonctionnement. Et contrairement à ce que pourrait laisser penser la prise en compte de la parole du malade dans une approche psychanalytique, celle-ci va être entendue, non pour elle-même, mais pour les renseignements qu'elle est susceptible d'apporter au sujet de la maladie corporelle.

L'hypothèse en psychosomatique suppose donc au savoir obtenu dans le cadre de l'entretien avec la personne malade, une efficacité comparable à celle que permet d'obtenir le savoir provenant de l'exploration médicale et instrumentale du corps de cette personne.

### La vérification

Si l'on s'en tient à la démarche scientifique décrite par Popper, l'étape suivant l'élaboration de l'hypothèse est celle des "essais de solution", autrement dit l'étape de la vérification du bien-fondé de l'hypothèse qui vient d'être construite. Dans le domaine qui nous occupe ici, il s'agit par conséquent de la vérification d'une participation effective du "facteur psychique" à la pathologie organique. Ceci revient à dire que la mise en œuvre des principes énoncés par les théories en psychosomatique aurait donc dû permettre de traiter les désordres corporels (les maladies), aussi efficacement à partir du savoir médical (objectif) qu'à partir du savoir du patient (subjectif). De la même manière, il aurait dû être possible de vérifier que l'élimination de la maladie a bien été obtenue grâce à des données provenant simultanément, 1) des techniques mises au point par la médecine, 2) du discours produit par la personne malade.

Or, à ce jour, force est de constater qu'une telle vérification n'a toujours pas été produite, ni présentée devant la communauté scientifique. En effet, personne ne peut actuellement prétendre, ni avoir réussi à "isoler" le "facteur psychique", ni avoir établi qu'une maladie pouvait être *soignée* en utilisant *de la même façon* ces deux savoirs, celui de la médecine et celui du malade. Les tentatives destinées à valider cette hypothèse de l'efficacité de la part psychique

d'un traitement curatif ont pourtant été très nombreuses, qu'il s'agisse de celles effectuées par l'école de Chicago (Ibid.), ou de celles effectuées en France par l'école de Paris (Marty, 1973; 1988, p. 177-82), pour ne citer que les plus connues.

De même, et malgré les efforts nombreux entrepris pour établir l'existence de cette "force de guérir" détenue "psychiquement" par le malade (Zarifian, 2000), celle-ci n'a toujours pas fait l'objet de la démonstration, ni de son existence, ni même de son efficacité.

Quand elle se produit, la guérison du malade (qui demeure le but que s'est fixé la médecine), est un phénomène dont seules, les données issues du savoir médical permettent actuellement de fournir des explications scientifiques et vérifiables. Lorsque ces explications médicales font défaut, l'explication "psychique" du phénomène de guérison demeure toujours dans le champ de l'hypothèse, de la spéculation, de l'intuition. La participation de la vie psychique à cette guérison possède, dans le champ de la connaissance, le statut d'une croyance, et non celui d'un fait scientifiquement avéré (Keller, 2000).

C'est d'ailleurs en raison de l'évanescence de ce "facteur psychique", que de nombreux chercheurs ont entrepris, pour continuer à y faire référence à partir des théories en psychosomatique, de réviser leurs conceptions, en optant finalement pour un "démontage" de ce facteur psychique unique en sous-facteurs: coping, personality, neuroticism, depression, locus of control, etc. (Bruchon Schweitzer et al., 1994).

Dans ces conditions, on doit raisonnablement admettre que l'hypothèse générale est partiellement invalidée, et qu'il devient nécessaire, soit de l'éliminer, soit de reconsidérer ses termes, à partir des données qui l'ont invalidée. Quelque soit le choix pour lequel on opte, il s'agit d'un problème nouveau, le précédent n'ayant pas pu être résolu sous sa forme première.

### **Le nouveau problème**

J'ai personnellement soutenu que, si les théories en psychosomatique avaient été formulées dans des termes logiques correspondant à ceux de la médecine, c'est en raison de l'origine médicale des théoriciens qui les avaient formulées (Groddeck, Deutsch, Dunbar, Alexander pour les pionniers, Halliday, Binswanger, Nacht, von Uexküll, Valabrega pour les suivants, et enfin Garma, Ajurriaguerra, Marty, Dejours, etc. pour les plus récents) (Keller, 2000). L'idée centrale à partir de laquelle ces théories ont été construites est celle d'un "appareil psychique" dont le fonctionnement *imite* celui des autres organes. Le premier modèle théorique d'un "appareil psychique" qui permet à la pensée de s'élaborer a été



mis au point par Freud (1900). Médecin et neurologue, Freud s'est servi de sa formation médicale pour représenter l'activité psychique comme le produit d'un appareil, dont le rôle est de transformer en pensées une énergie qu'il reçoit sous forme d'excitations, provenant de l'extérieur comme de l'intérieur de l'organisme.

Les théoriciens en psychosomatique ont logiquement établi par la suite une relation causale entre les désordres observés dans l'organisme et les désordres provenant de son appareil psychique. Ils ont également établi un lien de dépendance entre cet appareil et les autres appareils de l'organisme. Mais ce travail de construction théorique, bien que logique, semble s'être déroulé à leur insu. Ce qui pourrait confirmer cette observation, est le fait que, malgré une absence quasi totale de véritables résultats thérapeutiques (médicalement attestés), les auteurs de ces théories n'en n'ont pas moins maintenu l'enseignement de leurs principes théoriques. On a par exemple vu comment l'école de Paris a préconisé, il y a quelques années, un travail de prévention du cancer de l'adulte simplement par "l'amélioration" de l'activité psychique chez l'enfant (Marty, 1988).

Parvenu à ce point de la démonstration, il reste donc à examiner si les conditions sont réunies pour entreprendre, après élimination de la précédente hypothèse, une nouvelle formulation d'hypothèse, au sens où Kuhn décrit, dans l'histoire d'une discipline scientifique, la nécessité d'un changement de paradigme. Pour Thomas Kuhn (1962) en effet, si un paradigme ne tient pas (ou plus) ses promesses de succès, alors les scientifiques concernés entreprennent de le remplacer par un nouveau paradigme, provoquant une révolution scientifique. Sans qu'il s'agisse pour l'instant de "révolution", il devient cependant nécessaire de chercher à remplacer le précédent paradigme en psychosomatique, dont la formulation ne permet pas d'obtenir de véritables succès médicaux.

### **Une nouvelle hypothèse en psychosomatique?**

Dans cette perspective, à partir de quel fait observé va-t-on raisonner pour formuler un nouveau paradigme? En dehors des recherches biomédicales qui tentent de l'utiliser comme argument de marketing, que désigne le mot "psychosomatique"? Avec certitude, nous pouvons affirmer que ce mot désigne une attitude propre au malade humain. En effet, lorsqu'il ressent gêne ou malaise physique, l'être humain – que l'on considère ici sous l'angle de sa nature pensante et parlante – est régulièrement conduit à manifester le désir d'associer sa vie psychique à ce trouble corporel.

Si l'on s'en tient par conséquent aux faits, ce qui doit faire l'objet de l'exploration scientifique en psychosomatique, ce n'est plus la recherche d'un

lien de causalité directe entre le phénomène corporel symptomatique et un phénomène psychique qui serait également symptomatique, mais bel et bien ce désir, spécifiquement humain.

En s'appuyant modestement sur la réflexion de Paul Ricoeur, dans son échange magistral avec le neurologue Jean Pierre Changeux (Ricoeur e Changeux, 1998), nous pourrions considérer qu'une nouvelle hypothèse à valider désormais en psychosomatique pourrait être formulée ainsi: *le désir de donner du sens à sa maladie fait partie intégrante du processus pathogène chez l'humain, et c'est comme tel qu'il convient de le considérer et de l'étudier*. En effet, pour Ricoeur, si l'on s'en tient au plan de la sémantique des discours, c'est une coupure radicale qui existe entre le discours tenu *au sujet du corps*, et le discours tenu *par le sujet du corps considéré*.

Mais pour valider cette hypothèse, seule la méthode clinique est envisageable. Cette méthode consiste en effet à impliquer chaque personne atteinte d'un trouble somatique (du plus léger au plus grave), dans la mobilisation de ce désir. A partir des travaux engagés pour la vérification de cette hypothèse, différents problèmes ayant déjà surgi pour la précédente hypothèse se manifesteront à nouveau. Mais pour l'instant, retenons simplement cet impératif, concernant la nécessité de mettre en lumière les mécanismes du fonctionnement mental spécifiquement impliqués dans de telles productions. Sur ce point d'ailleurs, il semble que le *fonctionnement mental analogique* apporte un éclairage des plus prometteurs. En effet, ce mécanisme mental spécifique, l'analogie, est un procédé strictement psychologique, qui permet de transposer différentes données issues d'un domaine particulier de connaissance dans un autre (Laflaquière et al., 1997, p. 127-42; Secrétan, 1984). L'analogie serait donc la seule procédure mentale permettant de transgresser cette hétérogénéité radicale des discours dont nous venons de parler. Jusqu'à lors utilisée surtout au profit du soignant (pour se faire comprendre, le médecin recourait volontiers au raisonnement analogique, par exemple: "il faut combattre les pensées négatives, **comme** on combat les microbes", ou bien "est-ce que cette souffrance, c'est **comme** un coup de poignard?"), l'analogie pourrait bien à l'avenir, être également mise au service du patient, et de la prise en compte de son désir (Ducousso-Lacaze, 1995, p. 615-40).

## References

- ALEXANDER, F. *La médecine psychosomatique*. Paris: Payot, 1962, p. 12.  
BRUCHON SCHWEITZER et al. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: PUF, 1994.

- DUCOUSO-LACAZE, A. et KELLER, P-H. Maladie, métaphore et analogie: une approche clinique et théorique. *Revue Internationale de Psychopathologie*, Paris: PUF, n. 20, p. 615-40, 1995.
- FREUD, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris: PUF, 1967.
- GORI, R. *La preuve par la parole*. Paris: PUF, 2001.
- GORI, R. & DEL VOLGO, M.-J. Reconstruire le réel. In: *Psychologie médicale*, n. 26, 1994, p. 808-13, 1994.
- GRINKER, R.R. *Psychosomatic research*. New York: Norton Co., 1953.
- KAMIENIECKI, H. *Histoire de la psychosomatique*. Paris: PUF, 1994.
- KELLER, P-H. *La médecine psychosomatique en question*. Paris: Odile Jacob, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Médecine et psychosomatique*. Paris: Flammarion, 2000.
- \_\_\_\_\_. & PIERRET, J. *Qu'est-ce que soigner?* Paris: Syros, 2000.
- KUHN, T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press, 1962.
- LAFLAQUIÈRE, A., CAULE DUCLER, E., POMMEREAU, X. Un moment thérapeutique analogique. *Revue Internationale de psychopathologie*, n. 24, p. 127-42, 1997.
- MARTY, P. *L'investigation psychosomatique*. Paris: PUF, 1973.
- \_\_\_\_\_. Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte. *Psychothérapies*, n. 4, p. 177-82, 1988.
- POPPER, K. (1994). *Toute vie est résolution de problèmes*. Arles: Actes Sud, 1997.
- RICEUR, P. & CHANGEUX, J.P. *La nature et la règle. Ce qui nous fait penser*. Paris: Odile Jacob, 1998.
- ROUDINESCO, E. & PLON, M. *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris: Fayard, 2000.
- SECRÉTAN, Ph. *L'analogie*. Paris: PUF, 1984.
- ZARIFIAN, E. *La force de guérir*. Paris: Odile Jacob, 2000.

## Resumos

*O autor apresenta aqui uma reflexão epistemológica a respeito da medicina dita "psicossomática". A primeira constatação é a desapareção do ensino da psicossomática no Instituto de Chicago onde foi fundado por Franz Alexander. A segunda constatação é a persistência da utilização do termo "fator psíquico" e "medicina psicossomática" enquanto o seu conteúdo, de um ponto de vista científico, ainda não foi suficientemente definido. O espanto que provoca esta situação é abordado a partir da referência a Karl Popper. As apostas que venham a ser discutidas neste contexto remetem a uma mudança do paradigma psicossomático, de acordo com os dados novos do método clínico.*

**Palavras-chave:** Medicina psicossomática, fatores psíquicos, método clínico, Popper, epistemologia

*El autor presenta aquí una reflexión epistemológica concerniente a la medicina llamada “psicosomática”. La primera constatación es la de la desaparición de la enseñanza de psicosomática en el instituto de Chicago donde fue fundada por Franz Alexander. La segunda constatación es que persiste la utilización de los términos “factor psíquico” y “medicina psicosomática” a pesar de que su contenido, desde el punto de vista de la comunidad científica internacional, no esté definido todavía. El asombro que provoca esta situación es abordado a partir del aporte de Karl Popper. Los riesgos en juego que son discutidos en este contexto son los de un cambio del paradigma psicosomático en concordancia con los nuevos hechos del método clínico.*

**Palabras claves:** Medicina psicosomática, factor psíquico, método clínico, Popper, epistemología

*The author presents here an epistemological reflection concerning medicine known as “psychosomatic”. The first observation is that of the disappearance of the teaching of medical psychosomatic at the Institute of Chicago which was founded by Franz Alexander. The second observation is the persistence of the use of the term “psychic factor,” and “psychosomatic medicine,” whereas, from the point of view of the international scientific community, their contents were still not defined. The surprise which this situation causes is analyzed based on the thought process of Karl Popper. The stakes that are discussed in this context are those of a change in psychosomatic paradigm, in line with new data from the clinical method in psychology.*

**Key words:** Psychosomatic medicine, psychic factor, clinical method, Popper, epistemology