

LA SOMATIZACIÓN DE LOS SINTOMAS
EN LAS NEUROSIS Y EN LA PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA

JUAN JOSÉ LÓPEZ IBOR

Catedra de Psiquiatría, Universidad, Madrid

Del libro:

BRAIN AND MIND PROBLEMS



EDITORIAL "IL PENSIERO SCIENTIFICO" - ROMA

LA SOMATIZACIÓN DE LOS SINTOMAS EN LAS NEUROSIS Y EN LA PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA

JUAN JOSÉ LÓPEZ IBOR

Catedra de Psiquiatría, Universidad, Madrid

Nadie puede negar la intervención de factores psicológicos en cualquier enfermedad, ni tampoco que ésta sea mas visible en las llamadas « específicamente humanas ». La dificultad se halla en poner en claro en qué consiste esa relación y ese *paso de lo biológico a lo biográfico*. En las neurosis en las que opera la reacción de conversión – que son las menos – el mecanismo parece claro y la ecuación trauma y trastorno psicósomático se hace muy visible. Así surge la gran cuestión del *sentido de la enfermedad*. El trastorno somático – se dice – tiene una relación genética con el trauma porque es *significativo*. Este esquema de la relación significativa se traslada a las demás enfermedades por un lado y por otro la dimensión etiológica no se reduce a un solo trauma, sino a toda la vida anterior como sucesión de acontecimientos traumatizantes, es decir como biografía conflictiva. Las neurosis mismas siguiendo este modo de pensar ya no son elaboraciones vivenciales anormales sino *frustraciones vitales*. Que una vida puede cambiar de proyecto despues de una enfermedad es evidente, pero en toda esta línea de pensamiento psicoanalítico, lo que se afirma es que la crisis biográfica no es secuela sino causa de enfermedad.

La enfermedad psíquica, somática o psicósomática, entendida como frustración nos explica el incremento de la unión subterránea que en el mundo actual se establece entre enfermedad y culpabilidad. Frente a la tendencia *objetivante* de la medicina como ciencia natural aparece la tendencia *subjetivante* de la enfermedad como culpa. Las depresiones constituyen uno de los grandes arquetipos morbosos. Allí aparecen como dice K. Schneider las tres grandes angustias radicales del hombre: la de la pobreza, la de la quiebra corporal (hipocondría) y la de la quiebra espiritual en forma de delirio de culpabilidad.

Las enfermedades específicamente humanas parecen mas ligadas al estilo de vida contemporáneo que las otras. La palabra « stress » es una palabra clave en la interpretación de nuevas situaciones patológicas. Se acepta, casi sin discusión, que esta patología crece y se la pone en relación con el tipo de vida actual. Recuerdo que el Prof. Katz me dijo al comienzo de la última guerra, que entonces no se veían histéricos sino ulcerosos de estómago. La enfermedad de los « manager » o la fatiga nerviosa están a la orden del día. La correlación entre esta nueva patología y el programa del hombre parece clara para muchos autores y para el hombre de la calle. Si el progreso humano supone una mayor amplitud de la conciencia histórica, el progreso de cada hombre en su entraña mas humana y personal supone un progreso en el « darse cuenta » (concienciación o « *insight* ») de los conflictos y de los problemas que le acechan. La disminución de las enfermedades infecciosas y otras análogas de un lado y el aumento de los trastornos psicósomáticos de otro, demuestra que hay una correlación a establecer entre las enfermedades mas específicamente humanas – incluyamos tambien las neurosis – y el estilo de vida del hombre de Occidente.

Pero aunque en todas estas y análogas afirmaciones haya parte de verdad, creo que es nuestro deber de científicos tratar de asir esa parte lo mas certeramente posible, liberándola del magma de error que le inunda y amenaza. Porque esa relación entre enfermedad y sentido de la vida, si se establece demasiado simplemente, lleva a la afirmación de Müller-Eckardt de la « enfermedad mental por no poder estar enfermo somático ». Las entrañas del problema nos la muestra las propias experiencias psicoanalíticas. Astley, el moderador del Simposio de Hahneman le pregunto a Brody si por su propia experiencia o si por las estadísticas que conocia podia asegurar la utilidad del psicoanálisis en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos. Brody agregó que no podía responder estadísticamente, pero si citar algunos ejemplos de su propia experiencia: un paciente que con frecuencia se resfriaba antes, desde que está en análisis ya no se resfría. « Desgraciadamente en mi experiencia – agregó – y esta es la experiencia de la mayoría de los analistas, cuando se intenta explicar el por qué ocurre ésto, no hay explicación posible ».

La misma opinión expresa Gittelson – tambien psicoanalista – en una conferencia que dió en la Clínica Menninger. Lo cual quiere decir que la relación entre enfermedad y sentido de la vida no es tan signifi-

cativa como se pretende partiendo de una psicogénesis de estos trastornos. Esto no quiere decir que una enfermedad de cualquier clase no sea una crisis biográfica sobre todo en las enfermedades graves. El proyecto vital cambia, valores que se hallaban latentes surgen a primer plano y viceversa. La enfermedad es un acontecimiento biográfico pero eso no quiere decir que se presente como secuela de una vivencia aislada o de una cadena de ellas que resulte traumatizante. Aquí se halla el error de estas direcciones antropológico-médicas. En mi libro «*Las neurosis como enfermedades del ánimo*» he sostenido la tesis de que eso no ocurre ni siquiera en las neurosis, aun en aquellas en las que con mas claridad aparece un trauma como determinante. Después de la guerra española todos pudimos ver que muchos pacientes con enfermedad de Parkinson decían que habían comenzado a temblar a raíz de un bombardeo o de otro trauma emotivo análogo. Este factor provocativo emocional se ve en la instalación de muchas enfermedades somáticas o en crisis de descompensación de las mismas.

Hace algun tiempo que para alguno de estos casos en lugar de psicogénesis introduce el vocablo de *catagénesis*. Por ejemplo una enferma sufre de parestesias en la mano derecha aparecidas al coger el pasamanos del tren de Barcelona a Madrid. El viaje se debía al traslado de su marido, funcionario de prisiones. El traslado le favorecía administrativamente y económicamente, pues era un ascenso en su carrera. Pero ella no quería abandonar Barcelona porque allí vivían sus padres y ella se encontraba protegida por ellos. Era una explicación psicogenética clara. Pero la exploración me demostró que aquellas parestesias eran el primer síntoma de una esclerosis en placas de forma aguda. Claro es que algunos podrán decir que el conflicto de la separación se materializó en la esclerosis. Pero esta afirmación no satisface a quien con espíritu científico busca penetrar en la génesis de las enfermedades. Aunque no se conozca la de la esclerosis en placas lo que se sabe sobre ella, no nos permite incluirla en el de la psicogenia. En estos casos en que se establece *una relación de sentido entre una vivencia y un cuadro que aparece con ocasión de ella*, pero que evoluciona independientemente, propongo hablar de «*catagénesis*» (*). Hay una gran distancia entre psicogénesis y catagénesis. En principio lo psicogenético es curable

(*) La introducción de este neologismo pretende separar este problema del de la provocación de las enfermedades. En este segundo caso el trauma no guarda una relación de sentido con el síntoma.

si no fuera porque, en realidad, muchos casos se trata de procesos catagénicos que enmascaran el cuadro. La dinámica de las neurosis está lanzada por el canal de la psicogénesis. Esa fué la línea en que la puso no sólo el pensamiento psicoanalítico, sino el fenomenológico «neurosis como reacciones vivenciales anormales». La realidad es que pocos casos permiten esa interpretación.

Examinemos ahora, aunque sea someramente, la estructura de esa experiencia de la *corporalidad*, es decir del cuerpo animado. Hablando de estos problemas recuerdo siempre la propuesta que hizo Charcot a Freud que tenía tan buena formación neurológica y que hizo un buen estudio de las diferencias entre las parálisis orgánicas y las histéricas. La conclusión de Freud fué que «en las parálisis histéricas, como en las anestias, es la concepción vulgar o popular de los órganos y del cuerpo en general lo que entra en juego». Esta concepción no se funda en un conocimiento profundo de la anatomía nerviosa, sino en nuestras percepciones táctiles y sobre todo visuales. Las parálisis histéricas se muestran ignorantes de toda noción de la anatomía del sistema nervioso. Esto lo pensaba Freud en los años 1885-1886. Muchos años mas tarde V. Weiszäcker postulaba una fisiología del sistema nervioso ignorante de la anatomía.

Pero ¿cómo se forma eso que Freud llamaba «concepción vulgar de la parálisis» y en términos generales, cómo se forma la concepción vulgar del cuerpo humano?. Es evidente que hay una concepción del cuerpo elaborada como idea o más concretamente, expresada culturalmente. Lo que la medicina y los médicos van averiguando va pasando mas o menos deformado – siempre mas que menos – al lenguaje popular. El enfermo se acerca al internista y le dice que «le duele el hígado». Otros mas avanzados en esta vía dicen que «tienen dolores de cabeza que les vienen del hígado» etc. etc.

Pero creo que desde la perspectiva psicósomática esta concepción ideágena no debe bastarnos. Existe una *vivencia corporal* que no es un esquema ideágeno – a eso corresponde la noción de esquema corporal – sino una experiencia directa e inmediata.

En el hipocondríaco el silencio corporal del sano se transforma en ruidos vivenciales que cambian las relaciones con el cuerpo. En el sano el silencio corporal no es un «cero» experiencial. En las experiencias de la privación sensorial se vé como ese «cero» no puede apenas lograrse. El silencio corporal del sano significa *disponibilidad*

del cuerpo. La vivencia del comienzo de muchas enfermedades consiste en « estar indispuerto ». En la disponibilidad del sano desaparece como trasfondo vivencial, aquella parte del cuerpo que no está en acción y sólo se percibe aquello donde la acción se condensa. Y es que el cuerpo humano animado tiene, como he dicho en otra parte, *carácter intencional*. La intencionalidad que Brentano describió en los hechos psíquicos es una intencionalidad de los actos humanos y el hombre es una realidad psicofísica.

En el hipocondríaco emerge un mundo fantasmal de sensaciones. Este mundo parece grotesco, a veces, porque se combina con interpretaciones vulgares. En otros se organiza en desarrollos paranoides. Dejando aparte estos casos, en el hipocondríaco mas simple la vivencia es que su cuerpo no se halla ya intacto, es decir, como antes de cuando estaba sano. La palabra « hipocondría » surgió en medicina para designar las molestias sentidas en el hipocondrio. Su área significativa se ha ido extendiendo y hoy llamamos hipocondría no a unos síntomas localizados en una región corporal sino a una *actitud*; pero esta actitud no supone – y esto es importante – un acto libre de la persona, sino una estructura vivencial que puede ser mas o menos reforzada por los planos teleobúlicos de la persona. Además la expresión de la vivencia cambia según la región corporal. No es lo mismo la que se localiza en el hipocondrio que la que se localiza en el corazón, o en la cabeza.

Existe una estructura de base: en todos hay la inmediata vivencia de *la menor disponibilidad corporal*. El cuerpo ya no se tiene, sino que comienza a tener peso, a aprisionar. El cuerpo animado comienza a experimentar la penetración en su mundo propio vital, dinámico y fluyente, la inmovilidad del mundo de las cosas.

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

cepción o la ausencia de la conciencia de los componentes miógenos daría lugar al síndrome de negación de la corporalidad en cualquiera de sus procesos. Demy y Camus emitieron una teoría parecida; también para ellos el sentimiento de extrañeza provendría de un « ébranlément des centres corticaux où sont fixés et enrégistrés les images des sensations internes ou organiques auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle ». Estas sensaciones internas constituyen *la cenestesia*.

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

A la unidad de la experiencia del yo psicológico corresponde una unidad de experiencia del yo corporal La experiencia cenestésica es, pues, *única* en este plano. La existencia de lo que llamó Scheler « sentimientos vitales » con un carácter global lo demuestra. Nos sentimos *a la vez* cansados o eufóricos, como una sensación global de la vivencia de la encarnación, de la corporalidad.

La experiencia del yo corporal no se ofrece como una noticia pasiva; es un error creer, como en el antiguo concepto de cenestesia, que se trata de una especie de telegramas que va enviando cada órgano — ¿ y por qué no cada célula ? — a un centro donde anida esa percepción del yo corporal, que llamamos cenestesia. El mismo inciso que acabo de hacer demuestra lo absurdo de la hipótesis; porque en realidad la experiencia cenestésica no es posible, a la vez, como procedente de todas las terminaciones sensitivas que existen en el cuerpo, *sino que se*

establece con carácter selectivo. De ahí que no sea una suma sino una experiencia global, en bloque y primaria, que, secundariamente, podrá ser analizada. Lo que ocurre es que se siente *proyectada* en territorios diversos, según sea la actividad del sujeto.

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

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

Precisamente por esa actividad es por lo que en todas las experiencias de despersonalización existe esa nota de *inapropiación*. La actividad es lo que tiene de mía la experiencia y si está perturbada, entonces ya no aparece tan mía («sensación de extrañeza»).

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

El papel de la angustia es evidentemente esencial. Según he expuesto en varias publicaciones anteriores, la angustia es la *experiencia de la amenaza de la disolución del yo*. Esta disolución del yo puede realizarse en varios planos y uno de ellos es el de su fusión con la corporalidad. En la experiencia angustiosa aguda, todos los planos se recorren rápidamente y lo que el sujeto siente es la pura angustia *sin saber por qué*, sin referirse a nada. Cuando la experiencia se despliega más lentamente ofrece su anatomía interna y una de sus regiones topográficas está constituida por la fusión del yo con su imagen corporal. En la amenaza

de la disolución, ésta se enajena, se convierte en extraña, a veces como totalidad, a veces como parte, según el yo se sienta total o parcialmente amenazado. Por eso el enfermo dice «Este cuerpo no es mío» y al objetarle, modifica la expresión y dice «como si no fuera mío».

Yo no puedo sentir mi cuerpo sin concederle ésta o aquella significación, es decir, *sin concederle un sentido*. Pero si es verdad que tenemos nuestro cuerpo y al tenerlo le concedemos un sentido en nuestra vida, no lo es menos que el cuerpo nos tiene a nosotros, lo cual quiere decir que limita las posibilidades de sentido que podemos conceder a nuestra vida. Encontrar un sentido a la enfermedad como encontrar un sentido a la vida es un proceso de iluminación existencial, que no puede dilatarse absolutamente. Tal proceso tiene su zona de misterio, de incomprendibilidad, su límite. Por eso las enfermedades tienen también algo oscuro que no puede iluminarse totalmente.

En *las enfermedades psicosomáticas* existen trastornos en las regulaciones nerviosas de los órganos, por ejemplo: una taquicardia o una crisis cólica, pero íntimamente ligado a esos trastornos existe una alteración de la percepción de aquella parte del cuerpo o función. Partes, órganos o funciones del cuerpo que son silenciosas se hacen presentes en la conciencia. El paso de la inconsciencia a la conciencia en la génesis de las neurosis y de los trastornos psicosomáticos no tiene lugar sólo en lo que se refiere a los recuerdos reprimidos o a las pulsiones instintivas, sino a la presencia misma de la corporalidad. Si una parte del cuerpo se hace presente es porque ha ocurrido una escisión, una zona de aislamiento en el complejo de la percepción del cuerpo. El sentimiento unitario, flexible, de la salud, se convierte en polifónico. *La presencia* de la alteración psicosomática en la conciencia se hace perturbadora. La sensación de presencia no es que estuviera antes reprimida. En estado de salud nunca había existido. La anatomía que el yo sabe *por propia experiencia* de su cuerpo es bien limitada. La fisura en el sentimiento unitario y global de la corporalidad es la enfermedad misma. No es que haya *una proyección somática de un estado emotivo*, ni siquiera *una reacción de conversión*, sino que la enfermedad es una experiencia desintegradora y la aparición de la cenestesia morbosa es una forma de desintegración. La emoción morbosa, sobre todo la angustia morbosa, es en el fondo *somatotrópica*. En esa amenaza de disolución de la unidad del yo, debemos también incluir la amenaza de la disolución

de la experiencia del yo corporal, que lleva a esa forma de disolución parcial, que es la vivencia del trastorno psicosomático.

La estructura de los síntomas se vé mas clara en las neurosis. Decir que los síntomas neuróticos corresponden a necesidades defensivas, es decir una verdad parcial. Sería mejor hablar de *la ambigüedad de los síntomas*, si tomamos esa palabra en el sentido restringido en que la usa Merleau-Ponty. Lo cierto es que son híbridos por su propia naturaleza. *Por una parte expresan la enfermedad, por otra parte, son la enfermedad misma*. Si un enfermo se angustia porque cree tener palpitaciones, las palpitaciones son expresión de su angustia, pero al mismo tiempo, *son su angustia misma*.

El concepto de *proyección* necesita ser rectificado. En la dinámica de la persona, se piensa que la angustia básica y original se proyecta en zonas corporales determinadas. Aceptando esta tesis, el síntoma es el resultado de una proyección de la angustia. No importa ahora especificar cual sea el origen de la angustia, ni tampoco que en lugar de la angustia tengamos en cuenta otro estado emotivo. Lo cierto es que el esquema mental sobre el cual se asienta el concepto de proyección es un esquema dualista. La angustia, fenómeno psíquico, se proyecta sobre la región precordial produce palpitaciones – fenómeno físico –. El enlace entre ambos fenómenos tendría que hacerse a través de la *reacción de conversión*.

Claro que la reacción de conversión no llega muy allá en la explicación del fenómeno. Es una designación fácil, brillante, que sorprende por su justeza pero que sigue escamoteando el misterio. Nos dice sólo, que una emoción « se convierte » en determinados síntomas corporales como por otra parte ya sabemos por la propia fenomenología de la emoción normal. Se convierte, quiere decir que va acompañada de ciertos síntomas expresivos motores, secretorios y vegetativos. La emoción patógena también va acompañada de ciertos fenómenos corporales. Entonces aceptamos que su caudal energético *se ha convertido* en síntomas corporales.

Un principio dinámico es, sin embargo, cierto: el de que ha habido una trasvasación del caudal energético. La emoción ha disminuído en violencia, en tanto experiencia psíquica, a medida que se ha transformado en fenómeno corporal.

Si se examina bien la constitución de la sintomatología lo que ocurre es que la angustia inicial ha experimentado una cierta transmutación que la concreta en su propio acontecer temporal. La palpitación es angustiosa, *ya de por sí*. No es que la angustia se proyecte en la palpitación, sino que *la palpitación surge como una forma cristalizada y concreta de la angustia corporeizada o encarnada*. El síntoma es expresión de la neurosis y neurosis al mismo tiempo.

De ahí que al hipocondríaco le sea tan difícil desprenderse de él y llegue, por el contrario, a constituir su modo de vida. Su forma vital es la angustia corporalizada. Su cuerpo mismo es el que está angustiado; no se proyecta la angustia en el cuerpo sino que en su cuerpo está la génesis de la angustia.

Lo que caracteriza al hipocondríaco es que *toma una cierta distancia de ella*. El síntoma neurótico tiene, como antes señalaba, una estructura híbrida que se hace translúcida en diversos planos. Uno muy importante es este de la intimidad y distanciamiento del síntoma. Es una cuestión de existencia y coexistencia. Si el síntoma fuese toda la existencia, ésta se anegaría en la angustia total. Tal anegamiento es insufrible, de ahí la necesidad de convivir y a este proceso de convivencia o de coexistencia es al que llamamos *mecanismo de defensa*.

A través de esta perspectiva del problema de la somatización neurótica es natural pensar que en las neurosis, como en las depresiones, existen alteraciones primarias de los sistemas reguladores afectivo-instintivos situados en el tronco cerebral y en otras partes del encéfalo (cuerpo amigdalino, hipotálamo, sistema reticular ascendente, lo que en conjunto llama HIMWICH *timencéfalo*).

A lo largo de todo lo expuesto surge un pensamiento fundamental con el que voy a concluir: *las neurosis tienen, en cierto sentido, una estructura dinámica psíquica* de la cual se han ocupado millares de trabajos, desde que Breuer y Freud publicaron el famoso caso de Ana O., pero *por debajo de esta estructura dinámica hay una infraestructura vital que debe ser estudiada y analizada tanto desde el punto de vista fenomenológico como patogénico*. Se trata hoy en día de un continente desconocido de la teoría de las neurosis.

RESUMEN

Se analiza el proceso de somatización de los síntomas en las neurosis y en los desórdenes psicósomáticos, o sea la estructura de la llamada habitualmente «reacción de conversión». La existencia de un hecho psíquico traumático no permite atribuir todos estos trastornos a una psicogénesis. Al lado de las psicogénesis, existe la *catagénesis*, en que tras un trauma aparecen síntomas que tienen una relación de sentido con contenido psicológico del trauma, pero el desarrollo posterior de los mismos, demuestra que en manera alguna pueden integrarse dentro de concepto de psicogénesis (persistencia de los mismos en forma de enfermedad somática reconocible, por ejemplo espasmo de torsión, esclerosis múltiple, etc.). Es muy importante el estudio de la experiencia del yo corporal. La cenestesia no basta como tampoco basta la aceptación de la existencia de sentimientos vitales en el sentido de Scheller. La experiencia de la corporalidad lleva en su entraña la concesión de un sentido o significación a esa experiencia. Las neurosis son enfermedades en las que la *psicodinámica* va asentada sobre una *fisiodinámica* es decir sobre una *infraestructura vital* que debe ser estudiada y analizada tanto desde el punto de vista fenomenológico como patogénico.

SUMMARY

The process of somatization of symptoms in neurosis and psychosomatic disorders is analyzed, as is the mechanism of what is usually called the conversion reaction. The mere history of trauma is not a sufficient reason to attribute all these disturbances to a single psychogenesis. Besides psychogenesis, catagenesis must also be considered, in which after a trauma symptoms appear that are related in meaning to the particular trauma, though they persist in the form of somatic illness, such as torsion spasms, multiple sclerosis, etc. The study of the experience of body I is very important, and the cenesteria is not enough. Neuroses are illnesses where the psychodynamic is set upon a physiodynamic – that is upon a vital infrastructure which should be studied and analysed from the phenomenologic as well as from the pathogenic point of view.

