

El conflicto básico de la psicossomatoses y sus implicaciones terapéuticas

Peter Kutter*

Resumo

O autor começa por definir as chamadas "psicossomatoses" segundo diversas perspectivas: clínica, psicodinâmica, psicogenética e sociogenética.

De seguida, apresenta e desenvolve o conceito de "conflito básico", que o autor acredita estar na origem da perturbação psicossomática.

Posteriormente, reflecte sobre o carácter psicossomático, o sintoma psicossomático e a questão da especificidade das relações objectais.

Finalmente, o autor analisa as implicações terapêuticas.

Palavras-chave: *Psicossomatose; Conflito básico; Terapêutica.*

1. Psicossomatoses y neurosis

1.1. Desde un punto de vista *clínico*, designamos bajo el nombre de psicossomatoses a las siete enfermedades psicossomáticas "sagradas" que fueron investigadas más a fondo por el psicoanálisis (F. Alexander, 1951). Estas son el asma, la úlcera, la colitis, la hipertensión, la artritis, el eccema y

el hipertiroidismo. Quisiera renovar esta "combinación de los siete" reemplazando la artritis y el hipertiroidismo por los trastornos alimenticios obesidad y anorexia, que seguramente están condicionados psicossomáticamente. En un sentido más amplio, se añade a las perturbaciones psicossomáticas el así llamado síndrome funcional, dentro del cual los trastornos psíquicos se manifiestan corporalmente. En el primer grupo de las psicossomatoses en sentido estricto, surgen siempre lesiones estructurales orgánicas manifestadas, en el sentido de una reacción somática. El organismo reacciona de esta manera sólo como respuesta al haber fracasado los mecanismos de regulación psicoreactivos, neuróticos u otros, como por ejemplo la drogadicción y el comportamiento delictivo. Los síndromes funcionales se ubican a mitad de camino entre las psicossomatoses y las neurosis, pues en estos casos no queda definida la bifurcación entre reacciones psíquicas y somáticas. Esto se debe al hecho de que en los casos de "inestabilidad estable" o de "certidumbre difusa" se elige un modo de reacción que está ubicado *entre* el terreno orgánico y el psíquico, o bien que abarca partes de ambos planos.

* Professor at Johann Wolfgang Goethe – University of Frankfurt, Germany.

1.2. Desde un punto de vista *psicodinámico*, las psicosis y el síndrome funcional aluden a un trastorno *preedípico*, a diferencia de la neurosis, tras la cual se oculta un trastorno edípico como "complejo esencial" (S. Freud, 1905, nota al pie, p. 127). Según donde se ponga el acento en este trastorno preedípico, hablamos de "trastorno básico" (M. Balint, 1970), "trastorno de personalidad narcisístico" (H. Kohut, 1973) u "Organización fronteriza de la personalidad/Borderline personality organization" (O. F. Kernberg, 1978).

Considero, por lo tanto, que los trastornos psicósomáticos pueden retrotraerse de manera psicodinámica a estas perturbaciones originarias básicas. Sin embargo, quiero precisar algo más el "conflicto básico" mencionado en el título. Entiendo por este un tipo de "triangulación psicósomática" compuesta por las representaciones de cuerpo, objeto y "self". Volveré sobre este tema. Por otra parte, cabe mencionar que a diferencia de las neurosis, las psicosis se caracterizan por una gran dependencia del objeto y por mecanismos de defensa inmaduros y de dinámica principalmente interpersonales.

Además, a diferencia de las pulsiones genitales relativamente neutralizadas de las neurosis, en las psicosis aparecen pulsiones pregenitales arcaicas y primitivas. La angustia básica de la psicosis es la angustia de separación, destrucción o muerte, en oposición a la angustia de castración clásica propia de la neurosis. Puede hablarse entonces

de un "conflicto básico" de la psicosis que gira alrededor de "ser o no ser".

1.3. Desde un punto de vista *psicogenético*, los acontecimientos decisivos desde una óptica psicológico-pulsional se despliegan en la fase oral. De acuerdo con la psicología del yo o la teoría de las relaciones objetales, este momento correspondería a la fase de separación-individuación (M. Mahler et al. 1975) y particularmente a la primera subfase de diferenciación.

1.4. Desde un punto de vista *sociogenético*, a diferencia de los trastornos neuróticos que remiten a un tipo de conflicto edípico social que incluye conflictos generacionales y sexuales inevitables, los trastornos psicósomáticos remiten a fracasos emocionales extremos. Estos pueden tener que ver con una privación primaria existente desde un principio o con una deprivación secundaria posterior condicionada por comportamientos fallidos manifiestos por parte de las personas de referencias primarias decisivas. Estas no han podido comprender adecuadamente las necesidades elementales del sujeto debido a sus propias perturbaciones empáticas y le han producido inevitablemente frustraciones que repercutieron negativamente en el desarrollo de las representaciones tempranas del "self", de cuerpo y de objeto. Lo interesante de esto es que tales estructuras vinculadas con un "conflicto básico" no sólo aparecen en

las psicopatologías, sino también en casos que *no presentan* síntomas psicopatológicos, a saber, en numerosas caracteropatías tales como los trastornos narcisísticos de personalidad, los casos borderline y los casos de abuso de drogas y comportamiento delictivo. Al menos encontramos también las constelaciones psicodinámicas señaladas como variantes extremas en la psicopatología de manera menos pronunciada en muchos pacientes gravemente perturbados, pero que no obstante caen dentro del campo de las neurosis. Resulta, por ello, conveniente y razonable estar ampliamente informado acerca de los estados extremos, de manera tal de estar en condiciones de comprender y tratar – sobre la base de los casos más graves con manifestaciones psicopatológicas –, los casos menos graves, que no presentan tales síntomas.

2. El Conflicto básico

He desarrollado este concepto partiendo del concepto de "trastorno básico" de acuerdo con el "basic fault" de Michael Balint. El mismo alude, al igual que el concepto de Balint, a una relación de dos. Es tanto la consecuencia de una falta de dedicación por parte de las personas de referencia fundamentales, como una falta de satisfacción de las necesidades básicas ("ego needs"). Balint se refiere a estas necesidades con el concepto de "amor primario". Como consecuencia de la falta de satisfacción de tales

necesidades primarias, se desarrolla un "falso self" en detrimento del "verdadero self". Estos términos ya han sido utilizados, por otra parte, por Balint en 1970, por D. W. Winnicott (1974) y por Alice Miller (1979). Sin embargo, a diferencia de Balint, considero que el trastorno básico no sólo es la consecuencia de una carencia, sino también la expresión de *conflictos* yoicos y superyoicos tempranos. Desarrollaré esta idea en lo que sigue.

2.1. Los conflictos que se describirán a continuación no se desarrollan entre las instancias de yo, ello y superyo como en el modelo estructural de Freud, sino entre determinadas representaciones. Con ello quiero significar – junto con H. Hartmann (1939), E. Jacobson (1973) y J. Sandler y H. Rosenblatt (1962) –, imágenes, figuras o precisamente representaciones que reproducen algo que ya se ha vivido en determinadas relaciones objetales. Las representaciones del "self" surgen, como se sabe, de identificaciones tempranas, mientras que las representaciones de objeto son el reflejo o residuos de experiencias pasadas con objetos. En realidad no pueden ser separadas las representaciones de sí mismo y de objeto, pues constituyen modelos de relación no separables, tanto en el sentido del "interaccionismo" sociológico como en el de la psiquiatría interpersonal de Sullivan. Tales modelos de relación constituyen la quinta esencia de la "psicología de las relaciones objetales" moderna, en el sentido de O. F.

Kernberg (1976). También se reconoce aquí la influencia de aspectos del psicoanálisis como "teoría de la interacción" (A. Lorenzer, 1971, p. 35), como de la teoría de la dinámica y terapia familiares surgidas de la investigación de la esquizofrenia. Sin embargo, para comprender los trastornos psicosomáticos debemos agregar como tercera representación una representación corporal. Freud ya llamó en 1923 (p. 253) la atención sobre la misma en su trabajo "El yo y el ello". Asimismo podemos incorporarla fácilmente en la doctrina de representaciones moderna del psicoanálisis. Dentro del mundo de representaciones psíquicas de la representación del "self" y de objeto se encuentra de esta manera también una representación de cuerpo.

Esta es, por un lado, parte de la representación de sí mismo, pues nuestras experiencias corporales son siempre parte de la experiencia sobre nosotros mismos. Pero, por otro lado, se encuentra fuera de la representación del self en la medida en que siempre tenemos en relación con la experiencia sobre nosotros mismos una relación dialógica con nuestro cuerpo, como si éste fuera un objeto. Con ello nos distanciamos en nuestra representación de la experiencia corporal no reflejada. Plügge (1965, p. 276) lo expresa del modo siguiente: "Este distanciamiento es un intento de objetivación". Así resulta, en el lenguaje del sistema de representaciones, una representación de cuerpo, que debe considerarse una represen-

tación independiente más allá de la representación de sí mismo. Por lo tanto, estamos obligados a introducir, además de las conocidas representaciones de sí mismo y de objeto, la representación de cuerpo como tercera estructura. Es entre esas tres representaciones, en mi opinión, que se desarrolla el conflicto fundamental de la psicopatosis, o sea el conflicto básico.

Este correspondería a una especie de triangulación psicopatológica o complejo de Edipo de la psicopatosis. Dado que estas representaciones pueden localizarse tanto en la estructura yoica como en la estructura superoyoica tempranas, se trata al mismo tiempo de conflictos yoicos y superoyoicos tempranos.

2.2. El significado de las emociones en el marco del conflicto psicopatológico básico

El papel de las emociones o bien de los afectos – ambas expresiones se emplean aquí como sinónimas – y de sus "destinos" juegan un papel que no debe subestimarse en la psicodinámica y en la psicogénesis de la psicopatosis. En mi opinión, se trata aquí sobre todo de emociones activas que se aplican a objetos definidos y que tienen un origen genético temprano, al menos pregenital. En particular, se trata de impulsos orales devoradores (voracidad) o de emociones destructivo-asesinas, que se originan sobre todo por envidia. En el comportamiento, pueden expresarse como ataques de furia o como ira.

Su origen puede retrotraerse a la falta de satisfacción de necesidades orales tempranas, sobre la cual alerta sobre todo M. Klein (1962).

Sin embargo, en lo que respecta a las emociones del conflicto básico de los trastornos psicopatológicos se trata también, en segundo lugar, de "excitación somática sexual" no canalizada o descargada (S. Freud, 1894). A esto quiero agregar que también aquí deben ser importantes sobre todo los aspectos pregenitales de esta excitación somática sexual. En tercer lugar, se trata aquí de todas las formas de excitación pulsional, es decir, de las emociones persistentes que sufre el hombre en su totalidad, como las que surgen como consecuencia de aflicciones masivas tempranas (P. Kutter, 1978).

En este contexto, han de nombrarse también más afectos pasivos tales como miedo, dolor y duelo, cuya expresión deficiente puede traer aparejados trastornos psicopatológicos (S. Freud, 1916; E. Lindemann, 1944).

Siempre que no pueden descargarse excitaciones orales devoradoras, destructivo-asesinas o arcaico-sexuales, ya sea porque el contexto externo o porque instancias internas lo prohíben, se producen acumulaciones patógenas de estos "montes de excitación" o de "cantidades de afecto" (S. Freud, 1894, p. 74), que pueden repercutir negativamente de acuerdo con la teoría de las enfermedades psicopatológicas. Esta tesis significaría que la canalización de los impulsos asesinos y la satisfacción de la voracidad oral o de las excitaciones

sexuales perversas pregenitales tendrían una función de prevención del surgimiento de trastornos psicopatológicos. Sin embargo, esta prevención de los trastornos psicopatológicos debería pagarse con la consumación de acciones socialmente dañinas, con el asesinato como extremo, en el marco de masivos conflictos sociales, lo cual obviamente no constituye una solución para el problema. Pero podemos decir ya ahora que cualquier forma de *expresión* de estas emociones, que de lo contrario quedarían ligadas al conflicto básico de la psicopatosis son siempre saludables. La tarea consiste entonces, en encontrar canales socialmente aceptables para estas expresiones.

2.3. La supresión de estas emociones y sus destinos

Universalmente suelen suprimirse cada vez más las emociones y las reacciones corporales a lo largo de la socialización, a través de una "desemocionalización" y una "desomatización" (M. Schur, 1955, A. Mitscherlich, 1961/62). No es de asombrar entonces, que en determinados casos exista una supresión de esos afectos o emociones que supere el montes de tolerancia del organismo humano¹. En la sociogénesis de los trastornos psicopatológicos, estas supresiones masivas se encuentran regularmente en cada caso particular.

Esta supresión se desarrolla ante todo en forma de conflictos *sociales* en la realidad externamente observable a lo largo de los estados más tempra-

nos de la socialización. Sin embargo, luego de su internalización, esta supresión prosigue en el plano psíquico, es decir intrapsíquico, en la medida en que ahora se desarrolla el mismo conflicto entre las representaciones de objeto y de sí mismo. En el marco de este conflicto banal se *bloquean* o bien *amontonan* las mencionadas emociones arcaicas masivas. De esta manera el yo de la personalidad en cuestión se ve privado de ellas. A esto se agrega el gasto de energía necesario a los fines de la defensa. Esto trae como resultado un aparente defecto del yo, que preferiría llamar un "pseudo defecto del yo", pues el yo en cuanto tal no es en absoluto defectuoso. Simplemente le faltan, desde una perspectiva dinámica, aquellas energías frenadas a través de la supresión, además de las que el individuo pierde a través de la defensa propia.

3. Carácter psicossomático, sintoma psicossomático y la cuestión de la especificidad de la relación objetal

3.1. El carácter psicossomático

Aproximadamente en la misma época, autores franceses (P. Marty, M. de M'Uzan y C. David, 1963) por un lado, y autores anglosajones (J. C. Nemiah y P. E. Sifneos, 1970) por otro, describieron características descriptibles clínicamente de enfermos con síntomas psicossomáticos. Sus síntomas consistían en un pensamiento operatorio ("pensée opératoire") y en la incapacidad para experimentar sentimientos y expresarlos (alexiti-

mia). Estos síntomas se incorporaron a la literatura como "fenómenos psicossomáticos" (P. B. Scheider, 1973; S. Stephanos, 1973, 1979). Mientras que algunos autores (H. H. Wolff, 1977; G. J. Taylor, 1977) toman ese fenómeno como una estructura de defensa, otros consideran que representa un artefacto condicionado a una situación.

Otros, por su lado, como por ejemplo J. Cremerius (1977) opinan que se trataría de fenómenos relacionados con la clase social, es decir que aparecerían sobre todo en la llamada clase baja. En lo que a mi respecta, coincido con H. H. Wolff y G. J. Taylor (ibíd) en que en realidad aquí se trata de un "fenómeno" muy común en los enfermos psicossomáticos pero que no debe tomarse como una manifestación estática existente desde siempre, sino dinámica, resultante de procesos defensivos como los que conocemos de la clínica de la psicodinámica de caracteropatías. La primera de estas estructuras patológicas de carácter fue descrita por Freud (1908) como carácter "anal". Posteriores definiciones de este tipo provienen de Karl Abraham (1925) – carácter oral – y W. Reich (1925, 1933) – carácter genital, pulsional o neurótico. En analogía con esta interpretación de la caracteropatía, quisiera hablar de un "carácter psicossomático", que representa el resultado de una elaboración caracteropática del conflicto básico. Debemos hacernos la idea de que en esta formación de compromiso caracteropática están ligados todos aquellos afectos o emociones que no pueden

canalizarse por la vía de las acciones o expresiones afectivas.

3.2. *El síntoma psicótico*

Coincido con A. Mitscherlich (1961/62) en la idea de que el síntoma psicótico sólo aparece después del derrumbamiento de una formación defensiva previa. Y esto surge a través de una medida defensiva adicional que es exclusiva de las psicosis. Podemos hablar aquí de una defensa bifásica en el sentido de Mitscherlich. Por supuesto, existen casos, como los descritos por este autor, que desarrollan en un principio los conocidos mecanismos de defensa psiconeuróticos y que, por lo tanto, enferman de psicosis "clásicas", tales como la histeria, la neurosis obsesiva o las fobias. Sin embargo, existen por otro lado casos como los que he descrito, que *no están en condiciones* de desarrollar un cuadro sintomático *neurótico pero sí una formación de carácter psicótico*. Cuando tales sujetos experimentan un estrés actual adicional, al que sucumben finalmente luego de desarrollar un síndrome de adaptación – síndrome de agotamiento en el sentido de Selye –, entonces la formación de carácter patológica, hasta entonces relativamente estable al haber sobrepasado la carga crítica de tolerancia, se derrumba. Al derrumbe de esa formación defensiva característica suelen anteceder experiencias de pérdida excesivamente intensas, reales y fantaseadas (A. Mitscherlich, *ibíd.*; G. L. E. Engel y A. M. Schmale, 1969). Las emociones o afectos liga-

dos a la formación de carácter se liberan entonces. En los hechos pueden expresarse en esta fase crítica a través de ataques de rabia masivos, espasmos de llanto, comportamientos prepsicóticos o delictivos y ocultarse tras el consumo de drogas. En los casos que consideramos psicosis en sentido estricto, estas emociones libremente flotantes se repelen gracias a una "regresión psicofisiológica" (S. G. Margolin, 1953) a través de un trabajo psicótico sintomático al precio de un trastorno somático manifiesto.

En la mencionada regresión psicofisiológica desembocan también los afectos ligados previamente al conflicto psicótico básico. A la regresión psicofisiológica se liga una disolución *anticipada* de la relación con los objetos externos o bien de la relación entre las representaciones de sí mismo y de objeto (I. Kistenmacher, 1978; H. Loschhorn, 1978). Dicho de otro modo, la carga de las representaciones de objeto se "cancela", se "retira" o disuelve anticipadamente. Esto significa al mismo tiempo que se ha producido una carga o catexia más fuerte de la representación de sí mismo en la vía de un repliegue narcisístico o autístico a costas de la carga o catexia de la representación de objeto. Más allá del componente psicofisiológico, de la desviación de la catexia de la representación de objeto hacia la autorrepresentación, el proceso no se diferencia en nada de los correspondientes procesos patológicos en la psicogénesis de trastornos narcisísticos de la personalidad y de

los casos fronterizos. Sin embargo, en las psicosis se incluye en el acontecer conflictivo, acorde a la triangulación psicósomática, además de la representación de objeto y de sí mismo, sobre todo la representación de cuerpo, que ocupa un lugar central. Los "cuantos" afectivos que flotan libremente debido al derrumbe de la formación del carácter psicósomática se "ligan" principalmente en el terreno de esta representación de cuerpo.

En la psicodinámica decisiva de la formación psicósomática de síntomas no se produce entonces sólo una desviación de la carga de la representación de objeto en beneficio de la representación de sí mismo, sino ante todo – y esto sería *patognómico para la psicosis – una sobrecarga de la representación de cuerpo*.

En lo que se refiere al grado de integración de esta representación de cuerpo se "*excluyen, excomulgan*" o "*sacrifican*" partes de la representación de cuerpo de la estructura accesible al yo, en el proceso de formación del síntoma psicósomático. Estas pérdidas se suceden con el único objeto de rescatar las partes restantes de la representación de cuerpo. Una paciente psicósomática relató esto cierta vez de un modo drástico: "Arrojé a mis padres el hígado para que lo devoraran". Con la "excomulgación" de partes decisivas de la representación del cuerpo, el individuo se encuentra "engañado" o "amputado" respecto a esas partes. Ahora experimenta esas partes como "ajenas" y como "fantasma".

En el plano somático, estos proce-

sos de excomulgación corresponden a las representaciones de partes del cuerpo o de los órganos. Estas se ven perturbadas forzosamente en su función por los afectos arcaicos cuantitativamente voluminosos y cualitativamente indiferenciados, y conducen en los casos de excitación duradera y permanente a una lesión de la estructura corporal más o menos delimitada. Una formación de síntoma psicósomático de este tipo puede, sin lugar a dudas, denominarse – junto con G. Overbeck (1977) – un logro "generativo" del yo, aunque la misma tenga lugar en un nivel muy arcaico en el que las reacciones corporales afectivas y psíquicas se producen todavía como unidad no separada.

3.3. Respecto de la "especificidad de la relación objetal" y de las "fantasías emocionales"

Ya he nombrado a la fase oral y más específicamente a la primera subfase de la diferenciación según M. Mahler (ibíd.) como la fase decisiva para la traumatización patógena esencial en la niñez temprana del futuro enfermo psicósomático. Si las relaciones objetales son en esa época "lo suficientemente buenas" (Winnicott, 1974), es decir, si el comportamiento de las personas de referencia decisivas se caracteriza sobre todo por la satisfacción empática de las necesidades elementales de atención, el resultado serán representaciones objetales, investidas libidinalmente luego de la internalización de experiencias predominantemente

buenas. Con esto queda garantizada no sólo la sobrevivencia, sino también una vida con una relativa confianza en el entorno.

Si falta esta relación suficientemente buena y en su lugar existe un comportamiento frío, distante y carente de afecto o, por el contrario, un comportamiento invasor por parte de las personas de referencia decisivas, la existencia se ve amenazada de inmediato y se puede no sólo temer la muerte física, sino también el aniquilamiento psíquico ("afanisis" según E. Jones, 1948).

En estas fases decisivas del desarrollo se instauran pautas duraderas que dejan sus huellas para toda la vida y que marcan todas las fases evolutivas siguientes. Ahora se entiende que los "modelos patógenos básicos" característicos condicionan variantes características equivalentes al conflicto básico de la psicopatosis conforme a la especificidad de la relación objetual. En otro lugar (P. Kutter, 1981) he destacado cuatro modelos de relaciones básicas patógenas con ayuda de material de casos de la supervisión de una clínica psicopatológica, a saber:

1) una *denegación* de la satisfacción de las necesidades simbióticas elementales del niño, quien se repliega reactivamente de una manera narcisística en un "self" autístico librado a sí mismo;

2) un *devoramiento* y una incorporación del niño al propio mundo psíquico, por lo cual aquel adquiere la función de un "camuflado" que disimula los defectos (F. Morgenthaler,

1974). Ante la amenaza a su existencia elemental, el niño reacciona con angustia de muerte. Sin embargo termina sacrificándose al objeto por motivos de supervivencia al tiempo que va desapareciendo su propio "self";

3) un comportamiento que ignora o incluso menosprecia al niño, comportamiento al que particularmente A. Miller (1979) ha hecho referencia. Esto hace que el niño sólo pueda existir como falso "self";

4) un comportamiento *invasor*, que menosprecia los límites del niño pequeño y que no respeta la "privacy of the self" (M. R. Khan, 1974). Esto trae como consecuencia que el desarrollo de un "self" tan oprimido se vea sofocado en su origen.

El primer modo de relación patológico llevó a una enfermedad de úlcera, el segundo, a una enfermedad psicopatológica inespecífica, el tercero, a un asma bronquial, y el cuarto a una anorexia. Sin embargo, éstos son sólo casos particulares. Sería apresurado realizar generalizaciones respecto de la especificidad de las relaciones objetuales en las enfermedades psicopatológicas. Esto debería verificarse a través de un mayor número de casos observados. No obstante, puede suponerse que determinadas patologías de las personas de referencia decisivas aportan determinados modelos patológicos de relación que desencadenan, por su lado, determinadas "fantasías emocionales" primitivas; a) según cuál sea el lugar del desarrollo temprano del yo y del superyo y, b) en relación a la zona orgánica particularmente comprometida.

Podemos representarnos estas fantasías como una reacción unitaria de un "psique-soma" aún no separados (J. Mc Dougall, 1974). En el mismo funcionarían procesos corporales, emocionales y psíquicos todavía no separados. Aunque más no sea por motivos heurísticos, podemos imaginarnos que en forma análoga al desarrollo de las etapas de organización psicosexual y al desarrollo de las estructuras yoicas y superyoicas, también estas fantasías emocionales seguirían una línea de desarrollo determinada.

Las etapas abarcarían desde las etapas inmaduras en las que el modelo de reacción bio-psico-emocional sería una unidad, pasando por procesos de desemocionalización, desomatización y "psiquización", hasta etapas más maduras del desarrollo en nuestro sentido, con modos más separados de reacción entre psique y soma. Según cuál sea el momento de los actos traumatizantes por parte de las personas de referencia decisivas, según cuál sea el estado de desarrollo y según cuál sea la zona orgánica afectada, podremos suponer determinados "puntos de fijación psicósomática". De esta manera, una falta de ternura y de contacto corporal dentro de la diada madre-hijo podría conformar fácilmente una zona de fijación para una futura afección de la piel. La sobre o subestimulación en relación con los procedimientos alimenticios acarreará "fantasías emocionales" alrededor de la "cavidad bucal primitiva" (R. A. Spitz, 1955/56).

Los afectos destructivo-asesinos

en el seno del conflicto básico con inclusión de los órganos de evacuación, acarreará fantasías alrededor de la "cavidad anal". En cualquiera de los casos, un cuidado patógeno suscitará fácilmente reacciones emocionales intensas, que corresponden a prefiguraciones primitivas de fantasías, en cuyo punto central se encuentra a menudo el "vientre" (H. Grunert, 1977). Podemos imaginar prefiguraciones análogas de fantasías caracterizadas por su predominio emocional en relación con las funciones del corazón y de la respiración, las que por su parte tienen que ver con afectos de angustia masivos en relación con una amenaza a la existencia. En los casos nombrados por último, la separación entre la representación de cuerpo y las representaciones de objeto malignas será muy incompleta. Así es que P. Fürstenau et al. (1964/ /65) describen cómo se equiparan las representaciones de corazón y de madre en la fantasía, en conexión con los afectos correspondientes. Sabemos a través de O. Fenichel (1931) que en relación con los trastornos respiratorios, las imágenes en las que se introyecta algo maligno (en el lenguaje médico: alérgeno), pueden fácilmente jugar un papel patógeno.

4. Implicaciones terapéuticas

Si recordamos las ya mencionadas relaciones psicodinámicas patógenas de las psicosis en el sentido estricto y de los síndromes funcionales en el sentido amplio incluyendo su condicionamiento sociogenético, volveremos a encontrarnos con estos

factores patógenos a lo largo del tratamiento de estos trastornos en el marco de una terapia que ataque las causas. Esto significa en lo particular, que el conflicto básico con su triangulación psicopatológica entre las representaciones de sí mismo, objeto y cuerpo, se reactiva forzosamente y será una característica esencial de la terapia. A esto corresponden también infaliblemente las emociones ligadas al carácter psicopatológico y/o al síntoma psicopatológico. Si en nuestra fijación de objetivos terapéuticos hacemos desaparecer el síntoma psicopatológico y queremos modificar la estructura de carácter psicopatológica en el sentido de un aflojamiento, entonces quedarán liberados sin falta en el curso de la terapia los afectos y emociones ligados a estas estructuras. Y esto en el orden inverso a la "regresión psicofisiológica". Es decir que deberemos contar con considerables resistencias por parte del enfermo en lo que respecta a la reactivación de estos afectos enormemente amenazadores desde un punto de vista subjetivo. Pareciera evidente que ningún enfermo psicopatológico quisiera verse confrontado con estos conflictos básicos que amenazan directamente la existencia misma y con los impulsos e insostenibles excitaciones continuas relacionados con los mismos.

Sin embargo, también deberemos contar con resistencias por parte de los terapeutas. Pues en las psicoterapias de este tipo de casos, el terapeuta no podrá eximirse de ser incluido con "fuerza actual" (S. Freud, 1914, p.

131) en los modelos infantiles fundamentales de relación reactivados. No le será tan fácil como en la terapia de las neurosis clásicas mantener la distancia óptima para sostener la atención flotante deseada. Existe más bien el peligro de que se identifique de manera masiva en forma "concordante" con el sujeto de su paciente o en forma "complementaria" (H. Racker, 1968) con los objetos de referencia tempranos del mismo. Otra posibilidad es que se distancie como reacción extrema. Ambas posturas serían contraproducentes a los fines de una solución ulterior del conflicto básico. Sin embargo, estos peligros pueden combatirse de manera efectiva a través de una supervisión continua en un contexto diádico con un analista supervisor o en un contexto grupal en un grupo Balint. Considero condición "sine qua non" una supervisión de esta naturaleza en el tratamiento terapéutico de enfermos psicopatológicos.

El objetivo esencial de la terapia con casos como éstos será entonces dominar la inevitable "*crisis psicopatológica*" (W. Widok, 1979) con sus peligros de sobreidentificación o formación reactiva por parte del terapeuta. Esta crisis psicopatológica coincide ampliamente con la "crisis catatímica" descrita por R. C. Hoekstra (1978) en la terapia con pacientes delictivos graves. C. de Boor (1976) había señalado la analogía entre pacientes psicopatológicos y delincuentes.

Podemos, por lo tanto sostener como implicación terapéutica de

nuestras reflexiones teóricas sobre la psicodinámica y la psicogénesis de los enfermos psicossomáticos, que *toda forma* de psicoterapia *develadora* debe superar esta etapa crítica *con vistas a una ulterior solución del conflicto*, independientemente del hecho de que se encare una psicoterapia estacionaria, grupal, concentrada o un psicoanálisis clásico²:

a) En la *psicoterapia estacionaria* se tratará de utilizar al marco institucional como "entorno favorecedor del crecimiento" en el sentido de D. W. Winnicott (1974) y como "seguridad" en el sentido de J. Sandler (1961/62). Esto será posible sobre todo en unidades de tratamiento pequeñas, abarcables y de carácter familiar. Más allá de esto, las estructuras grupales organizadas de manera clara, con normas reglamentadas y sopesadas, junto con actividades maternas y paternas equilibradas, crean en cierto modo las premisas básicas para la reactivación del modelo patógeno del conflicto básico en el aquí y ahora de la institución. Las desventajas de la psicoterapia institucional son los conflictos inmanentes de este complejo sistema social en sí, los frecuentes conflictos de equipo y los propios conflictos y miedos de los terapeutas que a su vez intensifican el potencial conflictivo ya existente en el paciente. Aquí se requiere, como ya se dijera, una supervisión consecuente, idealmente a posteriori de la propia experiencia, ya sea a través de un análisis didáctico o de un grupo de experiencias propias, para reconocer a tiempo las reacciones contratrans-

ferenciales que surgen y poder ser útil en el diagnóstico y en la terapia de pacientes graves;

b) La *terapia grupal* tiene la ventaja de que los conflictos reactivados son más tolerables cuando se reparten entre varias personas. La transferencia escindida con una disociación característica en partes "exclusivamente buenas" y "exclusivamente malas" proyectada en diferentes miembros del grupo, puede reconocerse más fácilmente y puede ser mejor elaborada por los miembros no participantes y por los coordinadores grupales. Sin embargo, la desventaja de la terapia grupal se presenta cuando los modelos patógenos de relación de cada miembro del grupo, provenientes de los conflictos básicos, se actualizan simultáneamente en el "hic et nunc" del grupo, a través de una externalización. Fácilmente pueden aparecer situaciones caóticas difíciles de manejar. Por ello es recomendable no tratar en lo posible a pacientes psicossomáticos en un grupo homogéneo, sino en un grupo heterogéneo, que incluya a pacientes menos graves. Esta es también una recomendación de A. Kadis y C. Winnick (1965);

c) El *psicoanálisis clásico* es considerado inadecuado por varios autores para el tratamiento de enfermos psicossomáticos (F. Fromm Reichmann, 1959; R. D. Chessik, 1973; C. Rohde-Dachser, 1979). Incluso O. F. Kernberg (1978) opina en lo que respecta al tratamiento de pacientes borderline, que en estos casos a menudo lo indicado es una modificación

del psicoanálisis clásico en forma de "psicoterapia psicoanalítica", en la que se interprete en forma prematura sobre todo la transferencia negativa a través de una reactivación de modelos de relación patógenos.

Por otra parte, existen autores que emplean el psicoanálisis clásico aun en psicosis esquizofrénicas (P. Federn, 1956; H. Rosenfeld, 1952, 1954; M. Little, 1958/59; L. Boyer y P. Giovacchini, 1967; H. F. Searles, 1974). Yo mismo opino que el psicoanálisis clásico puede aplicarse también con pacientes psicóticos. Sin embargo, es imprescindible que el analista tenga la capacidad suficiente para tolerar y dominar los afectos arcaicos que se reactivan en la crisis psicótica y amenazan la existencia de las dos personas involucradas.

Para ello es necesario que a su vez el paciente tenga la capacidad de aceptar un contrato confiable de trabajo con el terapeuta y procurar la necesaria escisión y/o terapéutica (R. Sterba, 1932), a pesar de sus trastornos psicóticos masivos. Puede ser ventajosa una terapia primaria inicial en el sentido de A. Janov (1975) como "opening phase" (P. Geerling, 1975) con la posibilidad de abreacción al menos catártica de una parte de los afectos involucrados, aun cuando éstos no se elaboren psicoanalíticamente.

En mi opinión, pueden evitarse las modificaciones ampliamente sugeridas del procedimiento psicoanalítico clásico si el terapeuta está en condiciones de seguir con la misma atención flotante las relaciones obje-

tales reactivadas con sus investiduras emocionales concomitantes, que se reproducen en el proceso psicoanalítico. Los modelos de transferencia que se despliegan en estos casos son obviamente diferentes de los casos de neurosis clásicas. Lo mismo puede decirse de los afectos reactivados relacionados. Es, por lo tanto, imprescindible que el analista esté familiarizado con la patología específica de la psicosis como la expongo aquí a través de los conceptos de conflicto básico, triangulación psicótica y fantasías emocionales y sus destinos. El analista podrá luego descubrir los modelos de transferencia que se despliegan en su contratransferencia, organizarlos sobre la base de sus conceptos teóricos e interpretarlos del mismo modo que en la terapia de neurosis clásica. Para ello no se requieren medidas de apoyo particulares. En este sentido los "essentials" del psicoanálisis, como los definió por ejemplo M. M. Gill (1954) se encuentran absolutamente a salvo. Esto no excluye que paralelamente a la reconstrucción de escenas traumáticas patógenas con sus afectos y mecanismos de defensa primitivos relacionados aparezca una construcción de relaciones experimentadas por primera vez, que posibiliten nuevos procesos de constitución del yo. En estas relaciones el psicoanalista es vivenciado, además de su función como figura transferencial y pantalla de proyección, como persona de referencia *real*. Es posible discutir e identificarse con él de manera más real. Sin embargo lo decisivo es la

reconstrucción de los modelos de relación patógenos esenciales, cuyo contenido significativo ha de volverse evidente de inmediato para las dos personas implicadas. Por otra parte, es obvio que el terapeuta asumirá a lo largo de estos complicados procesos terapéuticos una actitud sincera, cálida y congruente en lo que respecta al discurso y al comportamiento (C. C. Rogers, 1973). También es obvio que se basará en los fundamentos sólidos de la teoría y la técnica psicoanalíticas. Al respecto resultan muy útiles los conceptos efectivamente ampliadores del psicoanálisis clásico respecto de la "regresión terapéutica" de M. Balint (1970), la terapia "borderline" de Kernberg (1974) y el trauma acumulativo de M. R. Khan, así como las experiencias de Rosenfeld y de H. F. Searles (1974) en la terapia de psicosis esquizofrénicas y los sólidos aportes de D. W. Winnicott (1974) en lo que respecta al desarrollo de la relación madre-hijo temprana;

d) Teniendo como premisa una experiencia adecuada, la terapia psicoanalítica de enfermos psicossomáticos puede llevarse a cabo también en la forma de una *"psicoterapia concentrada sobre una base psicoanalítica"* (P. Kutter, 1977). Para ello es condición que sólo los componentes esenciales del conflicto básico sean objeto del análisis, mientras que otros conflictos – que también pueden existir – quedan sin analizar. También con este procedimiento terapéutico el problema central de la terapia será la

crisis psicossomática y su dominación. La sinceridad, la calidez y la congruencia de la personalidad del analista, cuya constancia, confiabilidad e indestructibilidad en relación con los afectos destructivos evocados inevitablemente, son otras premisas importantes para el éxito de este procedimiento. En tratamientos de este tipo, que yo mismo he llevado a cabo o supervisado, se confirmó de inmediato la relevancia de estas características de personalidad del terapeuta. Cabe señalar todavía que los procesos de constitución del yo sólo pueden desarrollarse a través de una fase más o menos larga de dependencia fáctica por parte del paciente en relación con el analista. En tales casos no deben aparecer angustias contratransferenciales por parte del terapeuta en relación con los deseos de dependencia del paciente. Estos deseos de dependencia deben más bien tomarse en serio y respetarse dada la traumatización masiva en la niñez temprana del paciente. Si esto es así, puede evitarse modificar el procedimiento psicoanalítico de tratamiento, trátase de "psicoanálisis clásico" o de "psicoterapia concentrada con fundamento psicoanalítico". Lo decisivo es en cualquier caso, que el significado inconsciente de los deseos, resistencias y transferencias, *incluidas las emociones ligadas a ellos*, que se desprenden del conflicto básico del enfermo psicossomático, se hagan conscientes. Esto es aplicable, por supuesto, al psicoanálisis en general.

Notas:

1. Esto puede ser el caso en comarcas en donde predominan en especial medidas educativas enemigas del cuerpo, como por ejemplo en los círculos pietistas de Wuttemberg.
2. Los procedimientos no psicoanalíticos o encubridores evitan este peligro empleando por ejemplo sólo técnicas corporales. Este es el caso de la terapia de movimiento concentrada. O bien pueden modificar las formaciones defensivas reemplazando por ejemplo el síntoma psicopatológico mediante la defensa de carácter, lo cual constituiría un éxito parcial no desdeñable.

Abstract

The author begins by defining the so called "psychopatosis", from a clinical, psychodynamic, psychogenetic and sociogenetic perspective.

He then presents and develops the concept of "basic conflict" which he believes to be the cause of psychosomatic disturbances.

The author also reflects about the psychosomatic character, the psychosomatic symptom and the issue of objectal relations' specificity and finally explains the therapeutical implications.

Key-words: *Psychopatosis; Basic conflict; Therapeutics.*

BIBLIOGRAFIA

- Abraham K. *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*. Wien (Internationaler psychoanalytischer Verlag), 1925.
- Alexander F. *Psychosomatische Medizin*. Grundlage und Anwendungsgebiete Berlin (Walter de Gruyter), 1951.
- Balint M. *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart (Klett), 1970.
- Boor C de. Psychosomatische Symptome und delinquentes Verhalten. *Psyche* 1976; 30, 625-641.
- Boyer L.u.P. Giovacchini. *Psychoanalytic Treatment of characterological and schizophrenic Disorders*. New York (Science House), 1967.
- Chesik RD. *The Technique and Practice of intensive Psychotherapy*. New York (Aronson), 1973.
- Cremerius J. Ist die "psychosomatische Struktur" krankheitspezifisch? *Psyche* 1977; 31, 293-317.
- Engel G.L.u.A.M. Schmale. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störungen. *Psyche* 1969; 23: 241-261.
- Federn P. *Ichpsychologie und die Psychosen*. Bern (Huber), 1956.
- Fenichel O (1933). Respiratory Introjection. In: *The Collected Papers of O. Fenichel* (Ed. H. Fenichel and D. Rapaport), Vol. 1, 221-240. New York (Norton), 1953.
- Freud S. *Die Abwehr-Neuropsychosen*. GW1 1894; 57-74.
- Freud S. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. GW5 1905; 27-145.
- Freud S. *Charakter und Analerotik*. GW7 1908; 201-209.
- Freud S. *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten*. GW10 1914; 126-136.
- Freud S. *Trauer und Melancholie*. GW10 1916; 427-446.
- Freud S. *Das Ich und das Es*. GW13; 1923 135-289.
- Fromm-Reichmann F. *Intensive Psychotherapie*. Stuttgart (Hippokrates), 1959.
- Fürstenau P et al. *Untersuchungen über Herzneurose*. *Psyche* 1964/65; 18, 177-190.
- Geerling P. *Persönliche Mitteilung*, 1975.
- Gill MM. *Psychoanalysis and exploratory Psychotherapy*. *J Amer Psychoanal Assn* 1954; 1, 771-797.
- Grunert J. *Der Bauch Vorstellungen, Empfindungen und Phantasien*. In:

- Grunert, J. (Hrsg.), Körperbild und Selbstverständnis. *Psychoanalytische Beiträge zur Leib-Seele-Einheit*, 181-226. München (Kindler) 1977.
- Hartmann H. *Ich-Psychologie and Anpassungsproblem*. Stuttgart (Klett), 1939.
 - Hoekstra RC. Die katathyme Krise, ein wichtiges Syndrom der foren-sischen Psychiatrie. *Jahrb. der Psychoanalyse* 1978; 9, 111-122.
 - Jacobson E. *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt (Suhrkamp), 1973.
 - Janov A. *Der Urschrei, Ein neuer Weg der Psychotherapie*. Frankfurt (Fischer), 1975.
 - Jones E. *Papers on Psycho-Analysis*. London (Ballière, Tindall & Cox).
 - Kadis A, Winick C. *Group-Psychotherapy today*. Basel (Karger), 1965.
 - Kernberg OF. *Object Relation Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York (Aronson), 1976.
 - Kernberg OF. *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt (Suhrkamp), 1978.
 - Khan MMR. *The Privacy of the Self*. London (The Hogarth Press), 1974.
 - Kistenmacher I. *Die Auswirkungen gestörter frühkindlicher Objektbeziehungen auf die Entwicklung psychosomatischer und schizophrener Erkrankungen*. Unveröffentl. Manuskript Universität Frankfurt, 1978.
 - Klein M. *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Stuttgart (Klett), 1962.
 - Kohut H. *Narzissmus, eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt (Suhrkamp), 1973.
 - Kutter P. Konzentrierte Psychotherapie auf psychoanalytischer Grundlage. *Psyche* 1977; 31: 957-974.
 - Kutter P. *Die menschlichen Leidenschaften*. Stuttgart (Kreuz Verlag), 1978.
 - Kutter P. Sein oder Nichtsein, die Basisstörung der Psychosomatose. *Prax Psychother Psychosom* 1981; 26, 47-60.
 - Lindemann E. Symptomatology and Management of acute Grief. *Amer J Psychiatry* 1944; 101: 141-148.
 - Little M. Über wahnhaftige Übertragung (Übertragungspsychose). *Psyche* 1958/1959; 12: 258-269.
 - Loschhorn H. *Neuere Gesichtspunkte zur Trennungsproblematik in der Genese psychosomatischer Erkrankungen*. Unveröffentl. Manuskript Univ. Frankfurt, 1978.
 - Lorenzer A. Symbol, Interaktion und Praxis. In: *Psychoanalyse als Sozialwissenschaft*, 9-59. Frankfurt (Suhrkamp) 1971.
 - Mahler M et al. *The psychoanalytic Birth of the human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York (Basic Books), 1975.
 - Margolin SG. Genetic and Dynamic psycho-physiological Determinance of pathophysiological Processes. In: Deutsch, F. (Ed.): *The Psychosomatic Concepts in Psychoanalysis*. New York (Int. Univ. Press), 1953.
 - Marty PM. de M'Uzan und C. David. *L'Investigation psychosomatique*. Paris (Press. Univ. France), 1963.
 - McDougall J. The Psychosoma and the Psychoanalytic Process. *Int Rev Psychoanal* 1974; 1, 437-459.
 - Miller A. *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst*. Frankfurt (Suhrkamp), 1979.
 - Mitscherlich A. Die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens. *Psyche* 1961/62; 15, 1-25.
 - Morgenthaler F. Die Stellung der Perversion in Metapsychologie und Technik. *Psyche* 1974; 28, 1077-1098.
 - Nemiah J C und PE Sifneos. Affect and Fantasy in psychosomatic Disorders. In: *Modern Trends in psychosomatic Medicine*, Vol 2 (Ed O W Hill), London (Butterworth), 1970.
 - Overbeck G. Das psychosomatische Symptom – psychische Defizienzer

- scheinung oder generative Ich-Leistung. *Psyche* 1977; 31, 333-354.
- Plügge H. Der sprachliche Ausdruck für unser Befinden. *Psyche* 1965; 19, 269-285.
 - Racker H. *Transference and Counter-Transference*. London (The Hogarth Press), 1968.
 - Reich W. *Der triebhafte Charakter*. Wien (IPV), 1925.
 - Reich W. *Charakteranalyse*. Wien (Selbstverlag), 1933.
 - Rogers CC. *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München (Kindler).
 - Rohnde-Dachser C. *Das Bordeline-Syndrom*. Geleitwort von R. Battagay. Bern/Stuttgart/Wien (Huber), 1973.
 - Rosenfeld R. Transference-phenomena and Transference-analysis in one acute catatonic schizophrenia. *Int J Psycho-Anal* 1952; 33, 457-464.
 - (1954): Considerations regarding the psychoanalytic approach to acute and chronic schizophrenia. *Int J Psycho-Anal* 35, 135-140.
 - Sandler J. Sicherheitsgefühl und Wahrnehmungsvorgang. *Psyche* 1961/62; 15, 124-1331.
 - Sandler JH, Rosenblatt. The Concept of the representational World. *Study Child* 1962; 17, 128- 145.
 - Schneider PB. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychosomatischer Medizin. *Psyche* 1973; 27, 21-49.
 - Schur M. Comments on the Metapsychology of Somatization. *Study Child* 1955; 119-164.
 - Searles H. *Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenie-Forschung*. München (Kindler), 1974.
 - Spitz RA Die Urhöhle, zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Therapie. *Psyche* 1955/56; 9, 641-667.
 - Stephanos S. *Analytisch-psychosomatische Therapie*. Bern (Huber), 1973.
 - Stephanos S. Das Konzept der "pensée opératoire" und des "psychosomatischen Phänomens". In: *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. Hg. v. T. v. Uexküll. München (Urban & Schwarzenberg), 1979.
 - Sterba R. Das Schicksal im therapeutischen Verfahren. In: *Psychologie des Ich, psychoanalytische Ich-Psychologie und ihre Anwendung*. Hg. P. Kutter und H. Roskamp. Darmstadt (Wiss. Buchgesellschaft), 1932.
 - Taylor GJ. Alexithymia and the Counter-Transference. In: Brautigam, Wu Mv Rad (Eds.) *Toward a Theory of psychosomatic Disorders*. Basel (Karger), 1977.
 - Widok W. Krisen im Umkreis stationärer Psychotherapie. In: Beese, F. (Hrsg.): *Stationäre Psychotherapie*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 1979.
 - Winnicott DW. *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München (Kindler), 1974.
 - Wolff HH. The Contribution of the Interview Situation to the Restriction of Fantasy-Life and emotional Experience in psychosomatic Patients. In: Bräutigam W, M Rad (Eds.): *Toward a Theory of psychosomatic Disorders*. Basel (Karger), 1977.

