

Consideraciones sobre psicopatología desde la perspectiva de la psicología analítica

André Sassenfeld J.

Hasta hace algunas décadas atrás, se podía considerar que la psicología analítica, “hasta ahora, no ha realizado ninguna contribución esencial a la medicina psicopatológica” (Wilke, 1971, p. 149). Wilke señala, más allá, que los psicólogos analíticos que se han ocupado de los fenómenos llamados psicopatológicos habitualmente hacen referencia al trabajo conceptual y clínico de psicoanalistas dedicados a la investigación de diferentes trastornos orgánicos vinculados con perturbaciones en el funcionamiento psíquico y emocional. Las consideraciones específicamente jungianas sobre la problemática psicopatológica han sido, en este sentido, más bien escasas, aunque en los últimos años han comenzado a acumularse diversas publicaciones en esta área (Clark, 1996; Driver, 2005; Kradin, 1997; Ramos, 1994; Seligman, 1976; Sidoli, 1993, 2000; Wiener, 1994).

Siguiendo a Meier (1963), la falta de teorización sobre los trastornos psicopatológicos en la psicología analítica se debe, entre otros factores, a la prioridad que Jung concedía a la realidad psíquica por sobre la realidad somática. En efecto, en un artículo sobre “Tipología psicológica” (1936), Jung declara que, a diferencia de Freud, su punto de partida es

la soberanía de la psique. Puesto que cuerpo y psique en algún lugar forman una unidad a pesar de que en sus naturalezas manifiestas son tan diferentes, no podemos más que atribuir a cada uno de ellos una sustancialidad propia. Mientras no tengamos alguna forma de conocer esa unidad, no hay otra alternativa que investigarlos por separado y, por ahora, tratarlos como si fueran independientes, al menos en cuanto a su estructura. (p. 139)

Así, al parecer Jung en realidad optó de modo relativamente consciente por dedicar sus esfuerzos a investigar la psique en desmedro de la dimensión corporal. Sin embargo, también queda al descubierto que sabía que “de alguna forma y en algún lugar existe una unidad difícil de descubrir de psique y cuerpo que requeriría investigar tanto psíquica como físicamente [...]” (p. 134).

Jung estaba lejos de desconocer la relevancia de los factores corporales en la psicopatología, aunque puede afirmarse que en términos prácticos estaba enfocado en los aspectos psíquicos. Tocaremos esta temática en una primera sección sobre la relación entre cuerpo, psique y self. Posteriormente, nos dedicaremos a explorar tanto la definición del concepto de psicopatología como algunas de las consideraciones etiológicas y clínicas correspondientes que han sido elaboradas en las últimas décadas en el marco de la psicología analítica, enfatizando en especial algunas ideas sobre el abordaje clínico. Con ello, deseamos hacer una contribución a la sistematización de las ideas propiamente jungianas en torno a las perturbaciones psicopatológicas. Utilizaremos material

clínico con la finalidad de ejemplificar y fundamentar en términos prácticos las consideraciones que presentaremos. Concluiremos con algunas reflexiones críticas acerca del concepto de lo psicósomático.

Cuerpo, psique y self

Tal como asevera Meier (1963), aproximarse al campo de la psicósomática conduce inevitablemente a los problemas de la relación entre mente y cuerpo. La concepción básica de Jung acerca del problema cuerpo-mente está ligada a la noción de una interconexión o interdependencia fundamental de ambos (Chodorow, 1995; Greene, 2001; Heuer, 2005; McNeely, 1987). Jung planteó una vinculación psicofísica recíproca entre cuerpo y mente capaz de proporcionar una alternativa a visualizar cuerpo o mente como fuente primaria de la experiencia o a entenderlos como procesos paralelos y separados. Jung (1988 [1934-1939]) indica:

Pero el cuerpo también es, por supuesto, una concretización, una función, de aquella cosa desconocida que produce tanto la psique como el cuerpo; la diferencia que hacemos entre psique y cuerpo es artificial. Se hace al servicio de una mejor comprensión. En realidad, no hay nada más que un cuerpo vivo. Ese es el hecho; y la psique es tanto un cuerpo vivo como el cuerpo es una psique viva: es lo mismo. (p. 114)

Desde esta perspectiva, tanto cuerpo como psique son producidas por el factor desconocido en lo inconsciente que Jung llamó self¹. Hubback (1986) asevera directamente: el self es “aquel factor misterioso que mantiene juntos materia y espíritu, que los vincula y que les posibilita relacionarse” (p. 129).

Por otro lado, la relación de la problemática de los opuestos con el cuerpo se manifiesta en una idea importante de Jung acerca de los arquetipos. Sidoli (1993, 2000) enfatiza la teoría bipolar de los arquetipos que Jung formuló, según la cual todo arquetipo está compuesto por un polo vinculado con un aspecto psíquico (del cual se desprenden las fantasías e imágenes arquetípicas) y por un polo vinculado con un aspecto instintivo. Así, un concepto central de la psicología analítica como lo es el arquetipo remite, en esencia, a fenómenos que incluyen una faceta corporal si visualizamos los instintos como procesos intrínsecamente somáticos. McNeely (1987), por su parte, considera que la noción del arquetipo representa un puente para salvar la dicotomía cuerpo-mente al integrar en su definición aspectos psicológicos y aspectos somáticos. En consecuencia, tanto el concepto del self como el concepto del arquetipo están estrechamente vinculados con el problema cuerpo-mente y, dadas las

¹ Meier (1963) considera que el factor que da lugar a cuerpo y mente y, sobre todo, a trastornos somáticos es el denominado *cuerpo sutil*, un cuerpo energético que es descrito en diversas tradiciones espirituales (véase también Kradin, 1997). Recientemente, Clark (1996) ha hecho uso del concepto similar de la *sustancia psicoide*. En este contexto, no deseamos detenernos en estas dos nociones, que también han sido utilizadas para dar cuenta de las perturbaciones psicósomáticas, y más bien centrarnos en el planteamiento básico de Jung acerca de la vinculación entre cuerpo, mente y self.

consideraciones presentadas, parecen efectivamente trascender la dicotomización cuerpo-mente.

Después de Jung, insatisfecho con las explicaciones causalistas de los fenómenos psicósomáticos Meier (1963) fue uno de los primeros psicólogos analíticos que propuso una concepción de la relación mente-cuerpo en base al concepto de sincronicidad, una concepción que como Meier relata generó sentimientos ambivalentes alternantes de rechazo y aceptación en Jung. Para Meier, desde este punto de vista carece de importancia si acaso el cuerpo da paso acausalmente a procesos psíquicos o viceversa. Propone considerar la problemática psicósomática

como relación acausal en concordancia con los puntos de vista sostenidos por los médicos de la Grecia antigua, expresados en la palabra *symptoma*, la coincidencia acausal pero significativa de al menos dos magnitudes diferentes. Este concepto es idéntico con aquel expresado en el término moderno "sincronicidad"; presupone un *tertium*, más elevado que soma o psique y responsable de la formación de síntomas en ambos [...] (p. 116, cursivas del original)

Así, dado que también los fenómenos sincronísticos guardan una estrecha relación con la actividad del self, puede suponerse que tanto la relación cuerpo-mente como los fenómenos psicósomáticos son expresiones concretas y visibles del self.

Las reflexiones que anteceden conforman, en el contexto de la psicología analítica, un fundamento epistemológico y teórico general que enmarca la temática de los trastornos psicósomáticos al explicitar que las manifestaciones somáticas también guardan una relación significativa con el self. Las perturbaciones psicósomáticas son, en este sentido, expresiones del self como cualesquiera otros síntomas y, así, se convierten en un foco relevante del interés clínico. Un aspecto central de esta perspectiva es, por supuesto, que el trabajo con los trastornos psicósomáticos puede contribuir a impulsar y profundizar el proceso de individuación de la misma manera en la que lo hacen síntomas de otro tipo.

Psicósomática

Es probable que, en la práctica clínica, apenas pase un día sin que algún paciente se pronuncie acerca de su cuerpo o directamente verbalice la presencia de algún malestar o dolencia de naturaleza corporal (Lichtenberg, 2001). Para Meier (1963), todo analista regularmente enfrenta casos en los cuales el proceso analítico se ve complicado por disturbios somáticos recurrentes y/o enfermedades. Desde esta perspectiva, el interés de los psicoterapeutas en el cuerpo resulta fundamental en términos de la comprensión empática de sus pacientes y también en términos de la comprensión de los procesos de cambio (Sassenfeld, 2007). Y, en efecto, visto desde el punto de vista de la historia de la psicología clínica, es significativo constatar que la psicología profunda surgió a raíz del entendimiento de los síntomas corporales de origen psicogénico en la

histeria. Es decir, lo que con el paso del tiempo llegó a denominarse “psicosomática” como campo separado, en gran medida estuvo presente en los orígenes de las investigaciones de la psicología profunda y, de hecho, subyace a varios de sus conceptos más básicos –por ejemplo, los conceptos de represión y resistencia surgieron en el contexto de la comprensión clínica y teórica de la histeria.

Con el tiempo, el campo de la psicosomática fue diferenciándose de otros campos de investigación y su objeto de interés comenzó a definirse en función de aquellos síntomas y enfermedades aparentemente somáticas cuya aparición guarda alguna relación con procesos psíquicos y emocionales (p. ej., úlcera, artritis, bruxismo, asma, etc.). Así, cuando hablamos de pacientes psicosomáticos hacemos por lo común referencia a pacientes que no consultan en primer lugar por dificultades psicológicas, emocionales y/o relacionales, sino más bien por la presencia de síntomas y/o enfermedades de naturaleza corporal. En este sentido, a menudo se trata de pacientes que han sido derivados a psicoterapia por parte de médicos u otros profesionales de la salud. La psicoterapia no fue, por lo común, ni su primera opción de tratamiento ni su propia opción de tratamiento. Con frecuencia, ya la primera llamada telefónica se inicia con palabras como “La Dra. X me dijo que lo llamara”, con las consiguientes implicancias motivacionales y transferenciales.

Adelantándose a las consideraciones clínicas que agregaremos con posterioridad, esta circunstancia impone en muchos casos la necesidad de una intervención contextual inicial de carácter psicoeducativo, en la cual el paciente es informado acerca de la existencia de vinculaciones significativas entre los procesos psíquicos-emocionales y los procesos somáticos –una intervención cuya importancia la frecuente condición de alexitimia y de un mundo empobrecido y desvitalizado de fantasía en los pacientes psicosomáticos hace aún más evidente. Tal como describe Sidoli (1993), el paciente psicosomático “utiliza su propio cuerpo o sus propios órganos corporales (en vez de la mente de la madre) como contenedores y significadores; como una especie de escenario sobre el cual el dolor psíquico puede ser dramatizado y eventualmente aliviado” (p. 187), haciendo en cierto sentido innecesaria la manifestación de las experiencias emocionales en términos de fantasías y otros procesos psíquicos². En términos prácticos, Jung había descubierto las vinculaciones entre procesos psíquico-emocionales y corporales empíricamente a través del experimento de asociación, en el cual constató la variación de parámetros fisiológicos (cambios respiratorios, alteraciones de la conducción

² Cahen (1979) describe al paciente con cáncer de la siguiente manera: “Se ha observado generalmente, en base a un examen superficial, que la víctima de cáncer no tiene problemas o preguntas más allá de aquellas vinculadas con su enfermedad. En análisis, si decide llevarlo a cabo, comúnmente por impulso de su familia, es genuinamente incapaz de cooperar, racionaliza, no tiene fantasías, su imaginación está por así decirlo cerrada y es incapaz de recordar sus sueños. Ni el examen rutinario ni la anamnesis psiquiátrica revelan alguna cosa significativa sobre el trasfondo de los conflictos reprimidos y fragmentados. En el transcurso de su vida, sus resistencias se han organizado a tal nivel de profundidad y de tal forma, que el paciente ha llegado a ‘preferir’ su condición somática a algún tipo de confrontación con sus problemas y las ansiedades que evocan” (p. 344).

eléctrica de la piel, etc.) como parte de una reacción que involucra la constelación de un complejo. Hace más de cuarenta años, Meier (1963) destacó que, en efecto, los complejos son capaces de producir síntomas que se manifiestan de modo somático y que incluso pueden generar daños orgánicos importantes.

Una intervención psicoeducativa inicial además se vuelve necesaria en aquellos casos en los cuales los pacientes consideran que las consultas con un psicoterapeuta se deben en gran medida a factores inespecíficos como el "estrés" que empeora la sintomatología corporal o también a una mera contención emocional de las vivencias que la aparición de la enfermedad genera. Aunque ambas cosas son en parte correctas y forman parte del abordaje de las condiciones psicósomáticas, un enfoque de psicología profunda de estos trastornos no puede detenerse allí y debe contemplar necesariamente el abordaje de los aspectos afectivos, psicológicos y relacionales involucrados en la enfermedad misma. Esto encontrará su fundamentación parcial en las consideraciones etiológicas que examinaremos en la próxima sección.

Algunas consideraciones etiológicas

En general, al menos en parte siguiendo las conceptualizaciones psicoanalíticas del origen de los desórdenes psicósomáticos, los teóricos post-jungianos están de acuerdo en considerar que etiológicamente están vinculados con el período pre-edípico del desarrollo. Es decir, en la actualidad los trastornos psicósomáticos son considerados como perturbaciones tempranas cuyo origen puede localizarse en los primeros dos o tres años de vida y, por consiguiente, relativamente graves desde el punto de vista psicológico. La mayoría de los teóricos subraya las disfunciones y/o distorsiones en las funciones ejercidas por el cuidador primario, en especial en relación con la posibilidad de la madre (o quien la reemplace) de generar un contexto relacional dentro del cual el infante aprenda de modo gradual y progresivo a percibir y comprender sus propias experiencias afectivas corporales (Kradin, 1997; Sidoli, 1993, 2000; Wiener, 1994). Dicho de otro modo, el origen biográfico del trastorno psicósomático debe buscarse en un vínculo temprano incapaz de permitir al infante aprender a reconocer y pensar sobre sus propios estados subjetivos, tratándose a menudo específicamente de los estados emocionales. Así, en la historia de los pacientes psicósomáticos habitualmente puede encontrarse una madre con dificultades propias para el reconocimiento, manejo y transformación de sus propios estados afectivos.

Tal fue el caso de una paciente, una exitosa profesional, que llegó a consultar derivada por un médico que le había diagnosticado una enfermedad auto-inmunológica en la línea artrítica. Su incapacidad para reconocer, interpretar y entender sus propios estados corporales-emocionales era tal, que en ocasiones pasaba el día entero sin ir al baño y, además, sin comer. Tenía un nivel y un ritmo de actividad laboral que no hubiera sido posible sostener sin estar masivamente disociada de su realidad somática y afectiva. Su capacidad para interpretar la aparición de una cierta sensación corporal de modo concreto

como indicador de que necesitaba algo –fuera relacionado con sus necesidades corporales básicas (alimento, eliminación, descanso) sea relacionado con sus necesidades afectivas (contacto, afecto, contención)– estaba seriamente perturbada. Cuando llegaba en la noche a su casa, de pronto se decía a sí misma: “Parece que no he comido durante todo el día. Será momento de comer algo.” Y aún allí, la indicación de comer algo no provenía de la percepción de una determinada sensación somática, sino del intelecto que lógicamente sacaba la conclusión de que era necesario ingerir algún alimento.

Por supuesto, en la medida en la que se comenzó a hacer posible reconstruir la historia de esta paciente, de inmediato resaltó la figura de una madre incapaz de tranquilizar a su hija cuando ésta exhibía emociones negativas y, en realidad, incapaz de tranquilizarse a sí misma en primer lugar cuando su hija manifestaba signos expresivos de malestar o sufrimiento. Los primeros recuerdos infantiles que la paciente trajo a sesión estaban marcados por fallas empáticas graves de parte de la madre. Era como si nunca hubiese habido nadie que pudiera percibir lo que a esta paciente le ocurría en términos emocionales y validar sus experiencias afectivas. Como ocurre con cierta frecuencia entre los pacientes psicósomáticos, la desconexión de la propia realidad corporal y emocional posibilita lo que algunos psicoanalistas denominan “sobreadaptación”, esto es, el desarrollo de una persona marcada por el ser un “bueno niño o niña”, que no molesta, que puede rápidamente hacerse cargo de sí mismo (y muchas veces de las necesidades afectivas de la madre, como también fue en este caso), que aprende todo tipo de habilidades motrices e intelectuales de forma precoz y que, en total, desarrolla su intelecto en gran medida como estrategia defensiva para ser capaz de enfrentar y manejar la realidad exterior. Desarrolla, en suma, lo que Winnicott llamó un falso self con una mente desconectada del psiquesoma. Su sombra, por consiguiente, contiene fundamentalmente las dimensiones corporal y emocional casi completas.

Lo dicho implica que la madre con frecuencia sufre de algún tipo de psicopatología. Tal como asevera Kradin (1997), la madre

narcisística y psicósomáticamente perturbada también recrea de modo inconsciente su propio infante. [...] Dado que ella misma es alexitímica, la madre psicósomática es incapaz de empatizar adecuadamente con las experiencias internas de su infante. Estando necesariamente sintonizada de manera pobre con el cuerpo y sus funciones, no puede asistir al infante en sus intentos de crear representaciones óptimas de su experiencia somática. (p. 417)

La madre de la paciente mencionada era, en efecto, incapaz de cuidarse a sí misma en el nivel corporal. Pasaba semanas y meses con síntomas médicos que el sentido común consideraría necesitados de atención inmediata y en general evitaba el contacto con médicos. Cuando la paciente ya era adulta, a la madre se le desencadenó una enfermedad tiroidea grave. Después de algunos meses tomando la medicación prescrita, de un día para otro decidió que no la tomaría más. El empeoramiento de su estado no la movilizó para retomar el tratamiento médico. Resulta evidente que una figura de apego con tales características es incapaz de transmitir a su hija funciones adecuadas y sanas de auto-cuidado.

No hemos pretendido ser exhaustivos en torno a estas consideraciones etiológicas, sino más bien mencionar algunos aspectos fundamentales y ejemplificarlos desde el punto de vista clínico. En la próxima sección, revisaremos algunos elementos vinculados con el abordaje clínico de los trastornos psicosomáticos en el marco de la psicología analítica.

Algunas consideraciones sobre el abordaje clínico

En cierto sentido, el acercamiento de Jung al problema cuerpo-mente fue más filosófico y abstracto que clínico (Greene, 2001). En consecuencia, ha sido tarea de los post-jungianos elaborar y desarrollar formas de abordaje psicoterapéutico diseñadas de manera específica para tratar las perturbaciones de naturaleza psicosomática. En esta tentativa, diferentes psicoterapeutas han enfatizado diferentes aspectos de la psicoterapia de orientación jungiana. En lo que sigue, dadas las limitaciones de espacio revisaremos tan sólo algunas de las ideas que con el paso del tiempo han ido surgiendo en la psicología analítica acerca del manejo clínico del paciente psicosomático.

Si el cuerpo, al igual que la psique, guarda relación con el self, ¿qué vinculación podemos suponer entre los síntomas psicosomáticos y el proceso de individuación, cuya facilitación es considerada a menudo la meta principal de la psicoterapia jungiana? Desde la perspectiva de la psicología analítica, esta interrogante resulta fundamental en el campo de las perturbaciones psicosomáticas. En esencia, el síntoma psicosomático es tanto una defensa contra como un intento de individuación (Kradin, 1997) y el trastorno psicosomático puede ser entendido como “intento infructuoso de una búsqueda de totalidad. Señala hacia una división dentro del individuo y cualquier confrontación terapéutica necesita, por lo tanto, hacer el intento de englobar todos los aspectos del paciente” (Seligman, 1976, p. 193). Esta tentativa no es del todo fácil de llevar a cabo con el paciente psicosomático ya que, con frecuencia, el síntoma corporal se encuentra en el centro de la preocupación del paciente y exige al terapeuta una gran cantidad de atención. La experiencia clínica me ha mostrado que una de las formas más eficaces de conducir el foco sobre el síntoma somático hacia la inclusión de otros aspectos del paciente, sin restar importancia al síntoma en sí mismo, consiste en explorar y establecer vinculaciones inicialmente tentativas y posteriormente más claras entre el síntoma y elementos que incluyen la situación actual de vida, la personalidad, los patrones relacionales y la historia del paciente. Tal como escribe Driver (2005), el desafío consiste en formar una relación entre mente y cuerpo en la cual ambos pueden ser comprendidos y abordados clínicamente.

Una paciente joven con sintomatología de dolor en la columna vertebral y los brazos en un cuadro de enfermedad auto-inmunológica, por ejemplo, experimentó mayores percepciones de dolor después de haber comenzado un proceso psicoterapéutico. Habíamos estado explorando su situación vital actual, en la cual destaca que su marido se encuentra cesante y, por consiguiente, la paciente con su marido y una hija de un año de edad se ven necesitados de vivir en la casa de los suegros de la paciente. El marido parece un hombre

relativamente pasivo e infantil, dominado por un complejo materno negativo y, más allá, por la presencia concreta de la madre misma. La paciente, aún estando muy enferma, sostiene a su familia en términos económicos dado que está con una licencia médica y sigue recibiendo su sueldo mensual. En la sesión en cuestión, relata un episodio en el cual, teniendo mucho dolor, se encuentra simultáneamente cuidando a su hija y cocinando para su marido. Cuando le pide a este que tome a la hija por un tiempo para poder cocinar más libre y tranquilamente, él se rehúsa y ella continúa haciendo ambas cosas sin recibir mayor ayuda. Le digo, entonces, que tal vez su columna duele porque está cargando con más de lo que su cuerpo puede y, en realidad, con más de lo que le corresponde. A la sesión siguiente, trae un sueño en el cual este “cargar con otros” queda en evidencia y, con ello, logramos anclar la idea de que el agravamiento del dolor parece guardar íntima relación por un lado con su situación vital actual y, por otro lado, con su forma particular de vincularse con los demás.

Esta viñeta pone al descubierto varias cosas. Primero, queda al descubierto que el síntoma corporal porta significados emocionales, psicológicos y relacionales. De hecho, la enfermedad de la paciente se desencadenó en el período en el cual se decidió acerca de la necesidad de trasladarse a vivir con sus suegros. Su cuerpo reaccionó frente a esta circunstancia de modo casi inmediato, pero sin que existiese la posibilidad de experimentar el conflicto afectivo originado por la situación en el nivel psicológico consciente. En efecto, antes de que comenzáramos a conversar sobre esta temática, a ella no le parecía un problema vivir con los suegros –pero, por lo visto, a su cuerpo sí. El sueño mencionado que trajo a la sesión posterior la mostraba buscando una casa para su familia acompañada de la suegra y, más allá, la suegra *formaba parte de su familia*. Cuando entraba a la casa, que le había parecido perfecta, se da cuenta de que es *una casa embrujada*, habiendo una conexión entre la suegra y la bruja en el sentido arquetípico. Estando en el interior de la casa, fantasea con eventos catastróficos, como una enfermedad de la hija, problemas financieros, etc. En el sueño, sale de la casa e intenta huir, algo que resulta dificultoso y que lleva a cabo *con la suegra*. Sin deseo de entrar en los detalles del significado del sueño, que en el fondo corresponde a una representación de su situación vital global, este muestra a la paciente literalmente *cargando con la suegra* cuando, en realidad, debiera estar *cargando a su hijo y estar acompañada de su marido*. Así, puede verse cómo un foco clínico en el síntoma en conjunto con la situación vital actual activa lo inconsciente y hace surgir imágenes que nos permiten traducir la sintomatología somática al lenguaje de la consciencia.

Segundo, puede observarse que las fluctuaciones en términos de la intensidad del síntoma están ligadas a una creciente consciencia de aspectos centrales de la situación vital actual y del propio funcionamiento psíquico. De a poco, el dolor corporal se hace cada vez más consciente y comienza a convertirse también en dolor psíquico. La toma de consciencia de que, en realidad, su marido se comporta de modo negativo hacia ella, no la ayuda aún estando en casa, satisface en diferentes aspectos a una madre dominadora que

preferiría que su hijo se quedara a su lado y que con ello coloca a la madre por sobre su esposa son comprensiones dolorosas y conflictivas. En el caso de los trastornos psicósomáticos, sin embargo, muchas veces el psicoterapeuta tiene a un aliado en la enfermedad: por lo común, el interés del paciente en aliviar la sintomatología o al menos en manejarla de mejor manera constituye una motivación importante para la toma de consciencia de aspectos conflictivos o dolorosos –siempre y cuando el paciente comprenda la existencia de una conexión significativa entre procesos corporales y psíquicos.

Aún así, muchos pacientes psicósomáticos constantemente buscan una resolución del síntoma corporal en términos externos “más que internamente debido a que la actividad ego-self interior a menudo está empobrecida y subdesarrollada o ha sido dañada o interrumpida” (Driver, 2005, p. 156), algo que como vimos con anterioridad muchas veces está ligado con el período más temprano del desarrollo y el vínculo primario con la figura principal del apego infantil. Esta es una forma jungiana de dar cuenta de la alexitimia y del mundo empobrecido de fantasía que con tanta frecuencia puede encontrarse en los pacientes psicósomáticos. Desde este punto de vista, resulta interesante que en la viñeta descrita la paciente haya podido traer un sueño a sesión de modo relativamente rápido durante el proceso terapéutico. Es significativo constatar que la paciente introdujo el relato del sueño con las siguientes palabras: “Tuve un sueño tan raro, una amiga me dijo que te lo contara. Para mí, siempre los sueños habían sido sueños, no les he atribuido demasiada importancia.” En otras palabras, no tiene costumbre de prestar atención seria a las manifestaciones de lo inconsciente y, así, podemos hipotetizar que la actividad del eje ego-self está funcionando al menos en parte sin continuidad y eficacia.

“Soma y psique conforman un par de opuestos cuya reconciliación en el caso de un trastorno parece depender de la emergencia de un símbolo” (Meier, 1963, p. 111). Para Meier, la curación sólo puede producirse mediante la constelación de un tercer elemento de orden superior al par de opuestos, sea un símbolo o el arquetipo de totalidad, pero subraya que en esto se trata de un evento sincrónico y no de una secuencia causa-efecto. Es decir, se requiere que actúe la función trascendente específicamente entre los opuestos de cuerpo y mente. En el caso de la paciente recién mencionada, el proceso descrito por Meier tiene su correlato clínico en el símbolo del “cargar con” algo o alguien. Su dolor de columna y su situación vital actual, hasta ese momento constituidos ámbitos separados, se acercan y se unen de modo significativo cuando surge el símbolo de estar cargando con cosas que no le corresponden. Ahora bien, anticipando la reflexión que presentaremos en la próxima y última sección de este trabajo, no es que su tendencia psicológica y relacional a “cargar con cosas” haya provocado o causado el síntoma somático. Más bien, ambos fenómenos están unidos por una correspondencia cuerpo-mente y constituyen dos aspectos de un mismo fenómeno unitario.

Reflexión final

Hemos intentado revisar algunas ideas sobre la relación entre cuerpo, mente y self y, más allá, hemos presentado algunas consideraciones sobre la etiología y sobre el abordaje clínico de los trastornos psicosomáticos en el marco de la psicología analítica. Asimismo, hemos ejemplificado algunos aspectos con viñetas clínicas. Resta ofrecer una breve reflexión final a modo de conclusión.

El enfoque psicosomático corre el gran peligro de transformarse en una psicologización del cuerpo. La historia de la medicina psicosomática es testigo de ello: las contribuciones de Franz Alexander, uno de los padres de esta aproximación, rápidamente se convirtieron en ideas estereotipadas. Dentro de ese esquema, el bruxismo *es* agresión oral reprimida, los problemas del sistema digestivo *son* ansiedades no procesadas, etc. En las palabras del mismo Jung, de este modo nos encontramos en una modalidad semiótica y no en una visión simbólica. Además que tal mirada semiótica supone una psicogénesis exclusiva de las perturbaciones psicosomáticas y, con ello, deja de tratar a cuerpo y mente como unidad y subordina el cuerpo a la mente. Meier (1963) reconoció estas dificultades de la medicina psicosomática muy tempranamente. Afirmó que “toda la literatura mencionada ha adoptado, como cuestión de principio, el punto de vista freudiano, tratando los síntomas corporales como causalmente dependientes de factores psíquicos. Con ello, fenómenos somáticos son reducidos a fenómenos psíquicos” (p. 110). Agregó que, en el campo de los desórdenes psicosomáticos, la aplicación del concepto de psicogénesis es mecanicista y causalista y pasa por alto la fundamental interdependencia entre mente y cuerpo planteada por Jung y otros teóricos.

De este modo, el paradigma psicosomático entraña problemas profundos. Esto trasluce en diversos escritos jungianos sobre la temática, en los cuales el síntoma corporal se convierte en depósito de experiencias emocionales, perdiendo una vez más validez propia. Esta concepción es, por supuesto, heredera de una cultura que tiende a desvalorizar y dissociar el cuerpo. Hasta la fecha, a mi parecer, tan sólo la psicoterapia corporal ha hecho intentos serios de superar la dicotomización de cuerpo y mente. Pienso que la psicología analítica cuenta con los elementos conceptuales necesarios para elaborar una conceptualización que apunte en esa misma dirección, en gran medida porque es capaz de concebir cuerpo y mente no como dicotomía sino como par de opuestos, pero el desarrollo sistemático de un marco teórico concreto y específico aún está pendiente. Cuando dispongamos de él, será posible que el “vaso analítico, por virtud de las posibilidades de contención y seguridad que ofrece, represent[e] el potencial de una experiencia psicosomática correctiva” (Kradin, 1997, p. 408).

Referencias

- Cahen, R. (1979). Cancer and depth psychology: Reflections and hypothesis. *Journal of Analytical Psychology*, 24 (4), 343-347.

- Chodorow, N. (1995). Dance/movement and body experience in analysis. En M. Stein (Ed.), *Jungian Analysis* (2. Ed.) (pp. 391-404). Chicago: Open Court.
- Clark, G. (1996). The animating body: Psychoid substance as a mutual experience of psychosomatic disorder. *Journal of Analytical Psychology*, 41, 353-368.
- Driver, C. (2005). An under-active or over-active internal world? An exploration of parallel dynamics within psyche and soma, and the difficulty of internal regulation, in patients with Chronic Fatigue Síndrome and Myalgic Encephalomyelitis. *Journal of Analytical Psychology*, 50, 155-173.
- Greene, A. (2001). Conscious mind–Conscious body. *Journal of Analytical Psychology*, 46, 565-590.
- Heuer, G. (2005). “In my flesh I shall see god”: Jungian body psychotherapy. En N. Totton (Ed.), *New Dimensions in Body Psychotherapy* (pp. 102-114). New York: Open University Press.
- Hubback, J. (1986). Body language and the self: The search for psychic truth. En N. Schwartz-Salant & M. Stein (Eds.), *The Body in Analysis*. Wilmette: Chiron.
- Jung, C. G. (1936). Psychological typology. En A. Storr (Ed.), *The Essential Jung* (pp. 133-146). New Jersey: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1988 [1934-1939]). *Jung’s Seminar on Nietzsche’s Zarathustra* (Ed. J. Jarrett). New Jersey: Princeton University Press.
- Kradin, R. (1997). The psychosomatic symptom and the self: A siren’s song. *Journal of Analytical Psychology*, 42, 405-423.
- Lichtenberg, J. (2001). Motivational systems and model scenes with special reference to bodily experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 430-447.
- McNeely, D. (1987). *Touching: Body Therapy and Depth Psychology*. Toronto: Inner City Books.
- Meier, C. (1963). Psychosomatic medicine from the Jungian point of view. *Journal of Analytical Psychology*, 8, 103-121.
- Ramos, D. (1994). *The Psyche of the Body: A Jungian Approach to Psychosomatics*. London: Routledge.

- Sassenfeld, A. (2007). Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 3 (2), 177-188.
- Seligman, E. (1976). A psychological study of anorexia nervosa: An account of the relationship between psychic factors and bodily functioning. *Journal of Analytical Psychology*, 21, 193-207.
- Sidoli, M. (1993). When the meaning gets lost in the body: Psychosomatic disturbances as a failure of the transcendent function. *Journal of Analytical Psychology*, 38, 175-190.
- Sidoli, M. (2000). *When the Body Speaks: The Archetypes in the Body*. London: Routledge.
- Wiener, J. (1994). Looking out and looking in: Some reflections on "body talk" in the consulting room. *Journal of Analytical Psychology*, 39, 331-350.
- Wilke, H.-J. (1971). Problems in heart neurosis. *Journal of Analytical Psychology*, 16, 149-162.