

# CUANDO EL ALMA SUFRE, LOS GENES LLORAN: REVISITANDO EL CONCEPTO DE PSICOSOMÁTICO

## GENES CRY, WHEN SOUL IS IN PAIN: REVISITING PSYCHOSOMATIC CONCEPT

---

**Pablo Fossa Arcila**

*Universidad del Desarrollo / Chile*

**Referencia Recomendada:** Fossa-Arcila, P. (2012). Cuando el alma sufre, los genes lloran: Revisitando el concepto de psicossomático. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (2), 127 - 138.

**Resumen:** Los cuadros psicossomáticos imponen un desafío a la clínica psicológica hoy en día en cuanto a técnica terapéutica y despliegue de un vínculo que funcione como continente y experiencia emocional correctiva. La consulta psicológica de pacientes que acuden por dolencias físicas ha aumentado considerablemente en la actualidad. La cantidad de cuadros psicopatológicos que presentan un funcionamiento psíquico similar y el desvalimiento como dinamismo, nos exige diferenciar a qué nos referimos cuando hablamos de pacientes psicossomáticos; qué características presentan en común con otros cuadros psicopatológicos, y si sería necesaria la presencia de algún otro cuadro para generar la patología psicossomática. En el presente trabajo se revisará la evolución del concepto psicossomático; las características de la personalidad psicossomática, su etiología y posibles relaciones con otras constelaciones caracterológicas como la personalidad “como si” (Deutsch, 1942), la personalidad falso self (Winnicott, 1960), y la personalidad sobreadaptada (Lieberman, 1982). **Palabras Clave:** Personalidad Psicossomática, Personalidad “como si”, Personalidad Falso Self, Personalidad Sobreadaptada.

**Abstract:** Nowadays, the psychosomatic symptoms are a challenge for psychological clinic in subjects of therapeutic techniques and development of a therapeutic bond that works as continent and corrective emotional experience. The number of patients that have come for psychological consultation because of physical pain, has considerably increased in the recent past. The quantity of psychopathological symptoms that have a similar psychic operation and the helplessness as dinamism, makes us differentiate what we are referring to when we talk about psychosomatic patients; what characteristics they have in common with other psychopathological symptoms, and if the presence of some other symptom would be necessary to generate the psychosomatic pathology. The present work will review the evolution of the psychosomatic concept; the characteristics of psychosomatic personality, its etiology and possible relations with other characterological constellations such as the “as if” Personality (Deutsch, 1942), the false self Personality (Winnicott, 1960), and the overadapted Personality (Lieberman, 1982). **Key Words:** Psychosomatic Personality, “As if” Personality, False Self Personality, Overadapted Personality.

Recibido: 06/06/2011      Aprobado: 24/10/2011

**Pablo Fossa Arcila.** Psicólogo, Magíster en Psicología Clínica, Estudiante de Doctorado de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Heidelberg, Profesor Adjunto Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo. La correspondencia del artículo debe ser enviada a Pablo Fossa Arcila, Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo. Av. La Plaza 680. Las Condes, Santiago de Chile. Correo electrónico: [pfossaa@udd.cl](mailto:pfossaa@udd.cl)

Es frecuente que en nuestra tarea clínica nos enfrentemos hoy con pacientes cuya queja es principalmente un dolor físico. Se trata de personas que suelen llegar a nuestra consulta derivadas por un profesional médico, por algún amigo bien intencionado que percibe el beneficio que la persona afectada de una enfermedad somática podría extraer de un proceso psicoterapéutico, o aún en ciertos casos, presionadas por familiares que reconocen la imperiosa necesidad de iniciar tal proceso.

En la actualidad la consulta de pacientes que padecen enfermedades psicosomáticas ha aumentado considerablemente. La escisión psique/soma y la dicotomía mente - cuerpo propia de la historia filosófica, parecen haber influido en el desarrollo humano y en la forma de comprender la enfermedad por parte de los profesionales de la salud.

La herencia del dualismo cartesiano ha influido en la concepción de ser humano y en el pensamiento occidental desde hace tres siglos. Esta propone al ser humano compuesto por dos entidades, cuerpo y mente, enfatizando como prioritarias las funciones mentales y subvalorando las facultades del cuerpo (Descartes, 1637). Esta tradición filosófica, sin duda, ha influenciado negativamente en el ejercicio profesional de hoy en día. Desde la tradición cartesiana, la psicología ha tendido a ignorar el cuerpo, y la medicina ha tendido a ignorar lo mental.

Los procesos culturales también han sido una gran influencia para dificultar aún más la integración mente-cuerpo. La cultura actual desacredita el mundo de los afectos y prioriza el mundo de las superficialidades. Hoy en día se privilegia el hacer por sobre el sentir, lo que esconde el riesgo de desplazamiento de los conflictos y emociones al cuerpo, generando la patología somática.

La clínica psicoanalítica ha contribuido en gran medida al desarrollo de las bases para el estudio de estas patologías. Si bien en la obra Freudiana nunca se menciona la palabra "psicosomática", si existe referencia al análisis de los procesos anímicos de las patologías corporales, concepción que existe hasta hoy en día (Freud, 1905).

Los cuadros psicosomáticos son comprendidos en la actualidad como un efecto de la escisión mente/cuerpo, acompañada de un excesivo concretismo y falta de introspección psíquica. Si bien estas características pertenecen al paciente psicosomático descrito por McDougall (1982; 1991), también corresponden al descrito por Liberman (1982), Winnicott (1960), y Deutsch (1942). La diversidad de máscaras psicopatológicas que surgen en la clínica cotidiana nos impone la necesidad de diferenciar claramente a qué tipo de pacientes nos estamos refiriendo, desde qué teorías los comprendemos y a qué implementación terapéutica estamos recurriendo.

Por el contrario, también se nos presenta la tarea de comprender qué características presentan en común, si se condensan todas como una sola patología del carácter, o si es necesaria la presencia de una de estas alteraciones para generar, por ejemplo, una patología psicósomática.

En el presente trabajo se revisará la comprensión actual de los cuadros psicósomáticos, enfatizando la etiopatogenia y los procesos evolutivos de los pacientes afectados. Finalmente, se analizará la relación existente entre la personalidad psicósomática y otras constelaciones caracterológicas como la personalidad "como si" (Deutsch, 1942), la personalidad falso self (Winnicott, 1960), y la personalidad sobreadaptada (Lieberman, 1982).

### Una Breve Revisión Histórica

Desde los inicios de literatura médica se ha planteado la discusión de la relación psique - soma en las enfermedades humanas. Hipócrates (460 a.c) en sus *tratados hipocráticos* establece la relación cuerpo-mente a través de la teoría de los humores, en la cual relaciona sustancias o fluidos del cuerpo humano con ciertos tipos temperamentales. La cantidad de estos fluidos en nuestro organismo nos otorgaba un tipo especial de temperamento.

Posteriormente, Platón (429-347 a.c.) nos propone una comprensión de ser humano compuesto por dos entendidas, estableciendo una dicotomía entre cuerpo y alma. Sin embargo, plantea también que la salud depende del equilibrio entre cuerpo y alma, enfatizando la relevancia de incluir el alma en la cura de las enfermedades corporales.

Siguiendo los planteamientos de Platón, Descartes (1637) también nos propone una concepción dualista del ser humano, compuesto por la cosa pensante y la cosa extensa, priorizando en importancia dentro de esta dicotomía a las facultades mentales como la razón y el procesamiento cognitivo.

El primero en utilizar el término psicósomático dentro de la literatura existente en salud mental fue el psiquiatra alemán Johann Christian Heinroth (1818), haciendo referencia a las inquietudes sobre las relaciones entre el alma y el cuerpo, de las que se encuentran múltiples teorías a lo largo de la historia de la filosofía y de la medicina psiquiátrica, algunas recién mencionadas.

Dentro del movimiento psicoanalítico, Freud no utilizó el término psicósomático específicamente, pero sí dio luces acerca de la relación existente entre lo psíquico y lo somático, valorando la relevancia de los procesos fisiológicos en la estructuración de los síntomas corporales. En el *Proyecto de una psicología para neurólogos* de 1895 y en *Estudios sobre la Afasia* de 1891, Freud buscaba una explicación de los fenómenos psíquicos en relación

a las funciones neuronales. Posteriormente, en *Tres ensayos de Teoría Sexual* (1905), plantea que uno de sus objetivos era profundizar los métodos de investigación psicoanalítica y establecer las relaciones existentes entre los procesos psíquicos y la biología de la vida sexual del ser humano, reconociendo lo difícil de establecer una interconexión clara y consistente. Es en este trabajo en donde logra establecer una inicial conexión entre los fenómenos psíquicos y físicos a través del concepto de pulsión, comprendiendo la pulsión como el representante psíquico de la vida instintiva. Es así como Freud en estos trabajos plantea que es promisorio el tratamiento analítico para enfermedades orgánicas en la que participe un factor psíquico en su génesis.

En la actualidad, McDougall (1982; 1991) y Liberman (1982) son quienes han desarrollado en profundidad las características del funcionamiento psíquico de los pacientes psicósomáticos, logrando describir las características y dinanismos internos que consolidarían lo que se conoce como personalidad psicósomática.

### **La Personalidad Psicósomática**

Winnicott (1964) destacó que la enfermedad psicósomática es producida por una acentuada escisión psique - soma, y agregó que las fuerzas que operan en el paciente son de una enorme importancia y que solamente un intensivo y prolongado análisis puede desembocar en una situación en la que el paciente no necesite más esa defensa, argumentando los peligros de la intelectualización en el desarrollo de la patología.

La personalidad psicósomática se caracteriza por un *pensamiento operatorio* en la forma de relacionarse con uno mismo y con los demás. El pensamiento operatorio es un modo de pensamiento y de expresión, caracterizado por un pragmatismo cognitivo, poca capacidad de fantasear, poca capacidad de simbolización, inexistencia de un pensamiento mágico a costa de uno estereotipado. Por otro lado, la personalidad psicósomática también se caracteriza por la presencia de *Alexitimia* (*a* = sin; *lexis* = palabra; *thymos* = corazón, afecto). La alexitimia es la incapacidad de reconocer y nombrar los propios estados emocionales. El sujeto no tiene palabras para designar sus afectos, o si los puede nombrar, no puede diferenciarlos de otros. Se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por la inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos. La persona puede pensar, actuar, hablar y reconocer emociones, pero no puede conectar los pensamientos con los estados emocionales, lo cual implica una falta de capacidad introspectiva y una tendencia al conformismo social (Sifneos, 1985; McDougall, 1974; 1991).

Según McDougall (1982; 1991) en los cuadros psicósomáticos el daño físico es real, a diferencia de los cuadros conversivos. En lo psicósomático no existiría la capacidad de simbolización, presente en lo conversivo, lo que daría cuenta de un funcionamiento más bajo. La patología expresada a nivel corporal va desde el síntoma de conversión histérica hasta la patología

psicosomática, funcionando como dos extremos del funcionamiento mental. En la histeria se aprecia la máxima expresión de trabajo, simbolización y representación psíquica; mientras en la patología somática se aprecia un aparato mental claudicado, carente de simbolismo y elaboración psíquica (Marty, 1990).

La enfermedad psicosomática tiene que ver con un conflicto emocional - mental que se desplaza a lo corporal como un intento de solución o descarga. En estos sujetos, la manera habitual de resolver los conflictos emocionales es a través del cuerpo (McDougall, 1991). La alexitimia, por su parte, surge por disturbios en la relación madre-hijo y es una defensa frente a primitivos terrores. Cumple una función defensiva contra el dolor psíquico, la frustración y la fantasía de desbordamiento psíquico (McDougall, 1974; 1982).

La teoría psicoanalítica atribuye la alexitimia a una detención en el desarrollo del afecto o a una regresión afectivo-cognitiva debido a un trauma infantil. Existiría a lo largo del desarrollo psicológico una negación de los afectos dolorosos y una incapacidad de experimentar satisfacción y placer (McDougall, 1991).

El proceso de verbalización y de somatización de las emociones se realiza en la relación madre-hijo hasta la adolescencia. En esta etapa la tolerancia a las emociones permite el trabajo de duelo que ayuda a abandonar el apego a representaciones infantiles del sujeto y el objeto. La alexitimia surge del fracaso de este proceso. El trauma infantil provoca una detención del desarrollo de los afectos y no se crean así objetos transicionales que permitan el desarrollo de la simbolización y de la creatividad (McDougall, 1991). El afecto queda escindido entre su representante psíquico y su aspecto somático, reduciéndose lo afectivo a una expresión fisiológica como única vía de descarga (McDougall, 1982).

### **Una Hipótesis Comprensiva**

Freud (1920; 1926) relaciona las enfermedades orgánicas que presentan una explicación en el funcionamiento psíquico con los primeros estadios del desarrollo y las múltiples situaciones de desvalimiento a lo largo del ciclo evolutivo. El desvalimiento temprano genera situaciones de desamparo, las cuales son vivenciadas como experiencias traumáticas generadoras de angustia, las cuales amenazan permanentemente con desbordar al yo. Este tipo de experiencias tempranas generan estados de regresión y desorganización, así como también fallas en la capacidad de representación.

En trabajos posteriores, Freud (1933; 1940) relaciona la aparición de la enfermedad orgánica con el sentimiento inconsciente de culpa. Su explicación consiste en un inadecuado manejo de la agresión, la cual es volcada sobre el yo; de esta manera, la pulsión destructiva o la agresión del superyó, se vuelve contra el yo en forma de dificultades somáticas.

Winnicott (1949; 1964), por su parte, plantea que las dificultades psicósomáticas están constituidas por un déficit representacional y de procesamiento simbólico, los cuales se explicarían por un insuficiente desarrollo del espacio transicional que les permita representar, simbolizar y refugiarse en esa área intermedia entre la realidad externa e interna. Según este autor, estos fenómenos cumplirían una función defensiva en el aparato psíquico, la cual se remonta al estado en que sujeto no distingue bien lo que le provoca angustia. Esta regresión explicaría porque en las personalidades psicósomáticas al igual que en la primera infancia, los mensajes enviados por el cuerpo a la psique o viceversa se inscriben sin palabras. Antes de la palabra el bebé es alexitímico, pues es función de la madre modelar y poner en palabras las experiencias afectivas.

Desde la postura de Bion (1963), la etiología de los cuadros psicósomáticos podría explicarse desde las fallas de la función alfa. Es decir, existiría una falla en la función materna, cuyo objetivo es transformar las impresiones sensoriales y experiencias emocionales de manera tal que puedan ser almacenadas en el mundo mental. Debido a esto, se produciría una falla en la capacidad de simbolización, característica del funcionamiento psicósomático. Desde este punto de vista, las somatizaciones pueden ser consideradas como impresiones sensoriales y experiencias emocionales no transformadas para que sean digeridas por el mundo mental del infante.

Otros autores también han relacionado las aflicciones psicósomáticas con las deficiencias del vínculo madre-hijo. Las barreras de la madre impiden que las señales del infante sean escuchadas, lo que daría cuenta de una falla en el maternaje primario. En la patología somática la madre no es capaz de descifrar las señales, sonrisas y gesto del hijo, por el contrario, impone sus propios deseos y necesidades al bebé, generando en el precario aparato mental, sentimientos de rabia y frustración (McDougall, 1974; 1991; Bekei, 1984). Debido a ese tipo de vínculo, estos bebés pueden desarrollar una forma de autonomía precoz, característica de la personalidad "como si", falso self y sobreadaptada (Deutsch, 1942; Winnicott; 1960; Liberman, 1982). Que el infante elija entre la psicosis y la psicotomatosis se debe al rol que juega la constelación familiar, especialmente el padre en la organización y constitución de la psiquis, quien funcionando como un tercero trianguliza la relación, separando a la díada madre-hijo y muchas veces supliendo la falla en el maternaje (McDougall, 1991).

En los sujetos con vulnerabilidad psicósomática se produciría un desplazamiento del afecto desorganizador, al cuerpo. El yo frágil no es capaz de elaborar emociones perturbadoras expresando el conflicto en el cuerpo como una forma de evitar la elaboración psíquica, que podría ser tanto más desorganizadora (Freud, 1905).

Este deficiente vínculo madre hijo se evidencia como etiología de una serie de trastornos psicológicos, y no sólo de los cuadros psicósomáticos. En el siguiente apartado intentaremos

relacionar la patología somática con otras alteraciones psicológicas las cuales presentan un funcionamiento similar.

## **Lo Psicossomático y su Relación con la Personalidad "Como Si", el Falso Self y la Personalidad Sobreadaptada**

A continuación se describirán otras constelaciones del carácter que presentan características y modos de funcionamiento similares al de la personalidad psicossomática; me refiero a la personalidad "como si", la personalidad falso self, y la personalidad sobreadaptada, buscando establecer algunas conexiones entre estas y la patología psicossomática.

Helen Deutsch en 1942, observó un trastorno del carácter que parecía estar más cerca de la psicosis esquizofrénica que de la neurosis. Pensó que se trataba esencialmente de un trastorno en el desarrollo del yo, que colocaba un especial énfasis en los procesos de identidad e identificación. A este cuadro le llamó personalidad "como si", haciendo referencia particularmente a sujetos se caracterizan esencialmente por una falta de identidad generalizada, lo que determina una necesidad de tomar prestada la identidad de otros.

Los sujetos diagnosticados clínicamente con personalidad "como si" son sujetos en los cuales su conducta parece, por lo general, apropiada; hay poca evidencia de afectos o conductas negativas, pero también falta la manifestación de afecto positivo. Presentan una deficiencia en la capacidad de simbolización e intelectualización como principal defensa. Son sujetos que no presentan evidencia de amor a nadie ni a nada. No hay indicación de un sentido de identidad bien desarrollado. Las vidas de estos sujetos parecen haberse estructurado con reglas y regulaciones establecidas por otros, indicando así que no han establecido un sentido de identidad personal (Deutsch, 1942).

Deutsch (1942) considera que estas personalidades son incapaces de tener auténticos sentimientos e intereses o desarrollar verdaderas identificaciones yoicas y superyoicas, pero actúan "como si" las tuvieran. No tienen validez de sentimientos, por no tener verdaderas cargas objetales. Estos sujetos tendrían excesivas imitaciones e identificaciones con el medio ambiente, lo cual les permitiría una ostensible buena adaptación al mundo de la realidad. Este grupo de personas nunca tiene un verdadero superyó internalizado, estando sin embargo, en dependencia de los controles externos, que los limitan y controlan en su conducta exterior.

Por otro lado, muy cerca de la idea de *Ello* propuesta por Freud, para Winnicott (1960) el verdadero self es el corazón instintivo de la personalidad, la capacidad de cada infante para reconocer y representar sus necesidades genuinas con expresión propia. Aparece espontáneamente en cada persona y se relaciona con el sentido de integridad y de continuidad.

El verdadero self arcaico irá evolucionando hacia la gestación de un mundo interno original y personal, y ello será así si la satisfacción de las necesidades no obstaculiza la continuidad de la existencia. Cuando el infante expresa su *gesto espontáneo* es indicación de la existencia de un potencial verdadero self; éste comenzará a tener vida a través de la fuerza transmitida al débil yo del infante por la madre receptiva. Este proceso de desarrollo depende de la actitud y del comportamiento de la madre: la madre suficientemente buena es repetidamente receptiva a la ilusión de omnipotencia del infante y hasta cierto punto la entiende, le da un sentido. Esta aceptación repetida supondrá para el bebé una ilusión de verdad, con lo que el verdadero self se va consolidando (Winnicott, 1960).

Sin embargo, si la madre no es capaz de sentir y responder de una manera adecuada a las necesidades del infante, sustituirá el *gesto espontáneo* de aquél por una conformidad forzada con su propio gesto materno; de ese modo esta repetida conformidad llega a ser la base del más temprano modo de falso self. En la base de esta temprana, y en cierto modo fallida, relación con la madre está la incapacidad de ésta para sintonizar, para entrar en resonancia, para afinar con lo más genuino del bebé (Winnicott, 1960).

El falso self es un desarrollo defensivo del yo, quien asume prematuramente las funciones maternas de cuidado y protección, de modo que el pequeño se adapta al medio a la par que protege a su verdadero self, la fuente de sus impulsos más personales, de supuestas amenazas, heridas o incluso de la destrucción. El falso self es una máscara de la falsa persona que constantemente intenta conseguir anticiparse a la demanda del otro, siempre de manera inconsciente. Algunas veces el falso self llega a ser confundido con el verdadero por los otros. Bajo la apariencia de éxito, de triunfo social, podrán aparecer sentimientos de irrealidad, sensaciones de no estar realmente vivo, de infelicidad, y de no existir realmente (Winnicott, 1960).

La temprana interrupción de la experiencia de omnipotencia infantil perjudica el desarrollo de la capacidad de simbolización, por el bloqueo de la formación de símbolos. El pequeño se ve abocado a la sumisión, a la imposición aplastante de una realidad que no deja espacio a la ilusión, y de este modo se destruye la creatividad (Winnicott, 1960).

Muy cercana a la idea de falso self de Winnicott (1960), se encuentra la idea de personalidad sobreadaptada de Liberman (1982), con características, etiología y un funcionamiento psicológico similar. La personalidad sobreadaptada por circunstancias del desarrollo sufrió una huida hacia la adultez, experimentando un desarrollo precoz y adquiriendo rápidamente en el desarrollo una personalidad pseudomadura. Son personas que por deficiencias en las relaciones tempranas con el cuidador se han adaptado a las demandas externas, sufriendo como costo, grandes dificultades en la capacidad de simbolización. Se describen como sujetos con un yo frágil y desorganizado, carentes de capacidad de elaboración psíquica, con dificultades para



reconocer emociones; pueden ser muy eficientes y talentosos, a costa de poca espontaneidad y muchas dificultades en el contacto interpersonal.

Hasta lo aquí expuesto, podemos comprender que la personalidad "como si", la personalidad en términos de falso self, y la personalidad sobreadaptada presentan un modo de funcionamiento psíquico característico de la personalidad psicósomática. Todas estas constelaciones del carácter presentan una dificultad en la capacidad de simbolización y deficiencias en el manejo adecuado del afecto o el reconocimiento de las propias emociones y de los otros. Todos responden a una falla en el vínculo primario con la madre, lo que produjo más bien un desarrollo defensivo y "apurado", para adaptarse a las demandas del ambiente. En este sentido, podemos decir que al igual que la personalidad psicósomática, la personalidad como si, falso self y sobreadaptada también presentan como característica un pensamiento operatorio y alexitimia.

En este sentido, todos estos modos de funcionamiento están estrechamente relacionados: El concepto de sobreadaptación de Liberman (1982) está estrechamente vinculado con el falso self de Winnicott (1960); así como la personalidad "como si" de Deutsch (1942) es una expresión clínica del falso self.

Cabe preguntarnos entonces si basta tener una de estas constelaciones caracterológicas para generar una patología psicósomática. Desde mi punto de vista, si bien todas estas formas de funcionamiento psicológico presentan características similares, no son suficientes para generar una patología somática, pues la personalidad psicósomática me parece que presenta principalmente un funcionamiento más bajo (específicamente por la potente escisión psique/soma), no así necesariamente la personalidad "como si", el falso self, o la personalidad sobreadaptada. Es decir, no todo falso self, personalidad sobreadaptada o personalidad "como si" generará una patología somática, aunque toda patología somática necesariamente tiene algunas de estas constelaciones caracterológicas a la base.

Por otro lado, y respecto al funcionamiento estructural de estos pacientes, desde mi punto de vista, en todas estas personalidades podemos encontrar un funcionamiento no-neurótico, así como también un funcionamiento neurótico. Este criterio será central para determinar el pronóstico en psicoterapia. Los pacientes psicósomáticos con funcionamiento neurótico rápidamente comienzan a soñar, asociar, simbolizar, algunos duelos retoman su elaboración y se enriquece el manejo afectivo. Por otro lado, el trabajo con los pacientes psicósomáticos o con otras de las constelaciones del carácter descritas anteriormente que presentan un funcionamiento no-neurótico, será de mayor complejidad.

## Conclusión

Como hemos revisado, los cuadros psicossomáticos plantean un desafío a la clínica psicológica, en cuanto a técnicas y relación terapéutica se refiere. La resistencia debe ser trabajada con cautela en psicoterapia, pues la enfermedad psicossomática en estos pacientes es más soportable que el dolor a nivel mental. Estos pacientes padecen una imposibilidad de pensar en su propio mundo mental y en el del otro; se conectan a través de la experiencia sensorial somática, y permanecen en un estado de regresión preverbal y preconceptual, lo que dificulta el trabajo elaborativo en psicoterapia.

A partir de lo revisado, se evidencia una relación entre desvalimiento y enfermedad psicossomática. Si bien, el desvalimiento es causa de muchas alteraciones psicológicas, sólo algunos generan patología psicossomática. Desde esta perspectiva, y a partir del desvalimiento quizás correspondería hablar de una vulnerabilidad psicossomática en pacientes que presentan funcionamiento psíquico basado en un pensamiento operatorio y alexitimia.

En el tratamiento con pacientes psicossomáticos no debe perderse de vista la calidad del vínculo terapéutico, el cual debe funcionar como experiencia emocional correctiva, logrando la introyección de la figura del terapeuta como objeto confiable.

El objetivo del trabajo terapéutico es que cambie la cualidad afectiva de la narración. El vínculo terapéutico posibilita cambiar las narraciones y a la vez, estas nuevas narraciones significan un cambio en el estado afectivo del vínculo. Intentar construir nuevas narraciones dará una nueva perspectiva a la propia historia del sujeto, logrando el contacto con los estados afectivos de cada momento de esa historia.

El desafío parece estar en la construcción de técnicas específicas para lidiar con el desvalimiento y la vulnerabilidad psicossomática en psicoterapia. El encuadre terapéutico junto con el rol del terapeuta en sí mismo deben funcionar como continente y ambiente facilitador de la relación paciente - terapeuta (Winnicott, 1949; 1960; 1964). Sólo de esta manera la diada terapéutica podrá transitar desde lo somático hasta la representabilidad psíquica; desde el conflicto congelado y no tramitado, hasta el sentido y su elaboración psíquica.

## Referencias

Békei, M. (1984). *Trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bion, W. (1963). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321.

Descartes, R. (1637). *El discurso del método*. Edición de 1988. Santiago de Chile: Ercilla.

Freud, S. (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1891). *Estudios sobre la Afasia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905). *Tres Ensayos de Teoría Sexual*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914) *Introducción del Narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1933). *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1940). *Compendio del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Heinroth, J.H. (1818). *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihre Behandlung. Vom rationellen Standpunkt aus entworfen*. Leipzig: Ed. Vogel.

Hipócrates (460 a.c.). *Tratados hipocráticos*. Edición de 1996. Madrid: Alianza.

Lieberman, D. (1982). *Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicósomática*. Buenos Aires: Kargemian.

Lieberman, D. (1982). Sobreadaptación, trastornos psicósomáticos y estadios tempranos del desarrollo. *Revista de Psicoanálisis*, 39 (5).

Marty, P. (1990). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.

McDougall, J. (1974). *Alegato por cierta anormalidad*. Barcelona: Petrel.

McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90.

McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. España: Julián Yebenes, S. A.

Platón (429-347 a.c.). *Diálogos*. Edición de 1984. Madrid: Edaf.

Sifneos, P. (1985). Problems of psychotherapy in patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 65-70.

Winnicott, D. (1960). *Las distorsiones del yo en términos del verdadero y falso self*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1964). *Aspectos positivos y negativos centrales de la enfermedad psicósomática*. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1949). *La mente y su relación con el psiquesoma*. Barcelona: Editorial Laia.