

ABORDAJE DEL PACIENTE PSICOSOMÁTICO.

El Paciente psicosomático; Cabalgando sobre dos caballos

“El analista puede ser un buen artista, pero a menudo me
he hecho la siguiente pregunta: ¿A qué paciente le
interesa ser el poema o el cuadro de otra persona?”
Winnicott (1954): “La Regresión en el marco psicoanalítico ”

Lic. Prof. Alicia E. Pelorosso.

Psicoanalista.

Docente de las carreras de Psicología y Musicoterapia de la Facultad de Psicología.

Docente de Posgrado. UBA.

Tel.(011) 4701-2972.

E-mail: ariadnap@psi.uba.ar

Introducción

El estudio de los trastornos psicosomáticos, plantea problemas de gran interés teórico-clínico, que produjeron tantas teorizaciones como divergencias. En este caso, voy a abordar el tema desde los conceptos teóricos a los que adhiero que provienen de la Teoría del Desarrollo Emocional de D. W. Winnicott

En primer lugar trataré de enunciar algunas ideas y descripciones de distintos autores que pueden ser útiles para considerar y, de este modo, fortalecer el hacer y el decir en la clínica.

El primer planteo es rechazar una vieja disociación innecesaria entre la mente y el soma; o discutir si la enfermedad se inicia en el campo psíquico o en el somático, cuando la experiencia clínica y la larga bibliografía de la que disponemos nos demuestran la importancia de la relación entre el psique-soma y que las afecciones suelen afectar a la persona como una unidad.

El trabajo en el campo de la salud psíquica no se muestra al modo de otras patologías con cuadros o síntomas psicológicos más o menos definidos, como es el caso de las Neurosis o las Psicosis, y desde el llamado campo científico y biológico se discute no tanto la estrecha relación psique-soma, sino la etiogénesis en el campo psíquico de muchas enfermedades.

Un viejo refrán de Hipócrates que se ha sostenido y que en estos casos resulta particularmente importante es: “No hay enfermedades, sino enfermos”, y para aumentar la complejidad del tema podemos recordar lo que nos plantea Winnicott (1964) sobre el riesgo de teorizar en exceso al estudiar y tratar estas patologías.

Antecedentes en la obra de Freud

Los antecedentes en Freud (1910) los encontramos en “Análisis silvestre”, que nos anticipa que en algunos de los estados nerviosos las llamadas Neurosis Actuales como la Neurastenia típica y la Neurosis de Angustia pura, dependen evidentemente del factor somático de la vida sexual sin que poseamos, en cambio, aún una idea precisa del papel que en ellos desempeñan el factor psíquico y la represión. En estos casos, el médico ha de emplear una terapia actual y tender a una modificación de la actividad sexual somática y lo hará justificadamente si su diagnóstico es exacto

En 1912 en “Contribuciones al simposio sobre la masturbación” dice que: “Lo esencial de mis teorías sobre las neurosis actuales, que establecí en aquella oportunidad y que hoy sigo defendiendo, radica en la afirmación, basada en la experiencia, de que sus síntomas (las neurosis actuales) no pueden ser analíticamente descompuestas, como con los psiconeuróticos”...y ...“las dos neurosis actuales -la neurastenia y la neurosis de angustia (quizá haya que agregarle la hipocondría propiamente dicha como tercera neurosis actual)- constituyen la facilitación somática de las psiconeurosis”... y aquí la parte que más nos puede ser de utilidad para nuestro trabajo: “Lo esencial de mis teorías sobre las neurosis actuales, que establecí en aquella oportunidad y que hoy sigo defendiendo, radica en la afirmación, basada en la experiencia, de que sus síntomas no pueden ser analíticamente descompuestos, como los psiconeuróticos. En otros términos, que la constipación, la cefalea, la fatiga de los denominados neurasténicos, no permiten la reducción histórica o simbólica a vivencias efectivas, no pueden ser concebidas como satisfacciones sexuales sucedáneas, como transacciones entre impulsos instintivos opuestos; en suma, que no pueden ser interpretadas como los síntomas psiconeuróticos, por más que éstos se manifiesten en forma similar a aquéllos”.

Descripción del paciente psicosomático

Prácticamente no existe ser humano que en ciertos momentos críticos o no, de su vida, no haya experimentado síntomas Psicosomáticos que van más allá de los que, por su mecanismo de formación, definiríamos como conversivos. Personas que desencadenan o agravan enfermedades orgánicas frente a situaciones críticas, duelos, etc. y otros que se enferman frecuentemente, o tienen enfermedades difíciles de curar, como las psoriasis. Horacio García (1998), continuando a Freud, dice que: “Tal vez, la explicación de esta diferencia sea predominantemente económica”.

Muchos teóricos y clínicos se preguntan si hay una personalidad psicosomática, dado que investigaciones y estudios clínicos que indudablemente merecen ser tenidos en cuenta, como los de Thomä y Kächele, (1990) sostienen que no habría una personalidad psicosomática como estructura, sino que ésta varía ampliamente entre los pacientes estudiados.

Para la Escuela Psicosomática de Paris (Marty, M'Uzan, David, Fain, 1993), "el psicosomático" está caracterizado por una "insuficiencia en la mentalización", que le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Habría un déficit patognomónico que caracterizaría a los enfermos psicosomáticos, con una construcción incompleta del

aparato psíquico, surgida de un desamparo inicial producto del vínculo con una madre narcisista que promueve un vacío psicológico, en el cual se impide el despliegue del espacio simbólico de la fantasía y abre el camino a la acción directa corporal. Al no ser atendidas las señales indicadoras de sus deseos, el bebé las paraliza y produce respuestas corporales patológicas que equivalen a los primeros síntomas psicosomáticos. Esta escuela, los caracteriza como personas eficaces, trabajadoras, sobreexigidas, que logran algunos éxitos externos y que inducen a que se los exija, con carencia en las demostraciones y sentimientos afectivos, alexitimia, (Marty, 1991, Liberman y col. 1982). No saben acerca de lo que sienten y desean, con predominio de un falso self adaptativo, que los mantiene con un buen carácter en todo momento, pero que suelen parecer poco creativos. No registran con claridad qué es lo que les sucede, si están tristes o enojados, o si están cansados y necesitan descansar, por lo que a veces pueden desarrollar actividades sin parar, hasta que el cuerpo se manifiesta, enfermándose.

Hay un gran predominio del principio de realidad por sobre el principio de placer, esto es bastante frecuente sobre todo en el paciente cardíaco. En general no se salen de las normas, ni improvisan conductas no formales. Hay un desmedro de la percepción interior y de su propio cuerpo. En el tratamiento analítico o psicoterapéutico, se manifiestan con pocos sueños o pobres asociaciones en el caso que éstos aparezcan. Pueden tener buenos logros en su profesión o una relación familiar aparentemente plena, que se acompaña de un sentimiento subjetivo de falta de creatividad. Luego de una enfermedad grave o de largo tiempo, toman conciencia de este estado en momentos de cuestionamiento de sus vidas.

Engel y Schmale (1967) han descriptos estados afectivos que pueden estar relacionados con el inicio o agravamiento de enfermedades en general, y que son sintetizados por lo que sería el complejo “darse por vencido / dado por vencido”, que suele estar acompañado por pensamientos del tipo “no puedo soportarlo más”, “me rindo”, “es demasiado”, “no vale la pena”.

En la entrevista médica o psicológica el cuerpo es vivido como algo ajeno, como un objeto molesto que pone en riesgo su sobreadaptación. En general no establecen ninguna relación con algún acontecimiento de naturaleza emocional propia. Ven en el profesional alguien a quien solo le deben relatar lo que les pasa y del que esperan que los cure, de modo que el paciente está presente pero distante (Marty, 1991).

Marty (1991) ha llamado “depresión esencial” a las etapas previas a la enfermedad, que generalmente tienen un carácter depresivo, aunque sin auto reproche ni inculpamiento, con un sentimiento de desvalorización personal, de herida narcisista y disminución del tono libidinal.

Esta descripción tiene alguna similitud con lo que podemos describir como un paciente esquizoide, al que se le agregaría la tendencia a enfermar corporalmente en momentos críticos de su vida, sin alcanzar este grado de disociación.

Retomando a Thomä y Kächelle no apoyan la idea de la existencia de una estructura psicosomática, no acuerdan con la idea de la alexitimia como específica y

tampoco están de acuerdo con las descripciones de los autores de la Escuela Psicosomática de París, en cuanto al pensamiento operatorio, a la particular ausencia de fantasía y apego a la realidad concreta. Debemos reconocer que muchos pacientes psicosomáticos pueden hacer asociaciones profundas, tienen fantasías e ilusiones, aunque no dejan de ser muy pragmáticos, y concretos en sus decisiones. Sin embargo, creo que la característica de sobreadaptados la mantienen ambos grupos.

La escuela de París, al igual que lo hace Winnicott, ubica la etiogénesis de estas enfermedades en etapas tempranas del desarrollo infantil y en relación con la madre. La diferencia, sin embargo, consiste en que para Winnicott no hay un cuadro fijo o tipo de la madre en el paciente psicosomático, sino que si hay algo común a todos, es que esta madre ha fallado en la realización de su maternaje en momentos claves del desarrollo emocional del bebe. Esto si bien puede facilitar las generalizaciones, en parte destaca que el tiempo y el modo de falla de la madre es más importante que el síntoma de la misma.

Cuando Winnicott escribe su teoría del Desarrollo Emocional del bebe y el niño, ya ha visto a través de su trabajo muchísimos pacientes como pediatra y analista de niños, adultos y pacientes psicóticos, que le permiten comprender la importancia de la relación de la díada madre-bebe para que este alcance un estado de salud.

Sobre el Desarrollo Emocional solo voy a hacer una breve mención que nos permita explicar la importancia de esta etapa en las disociaciones y en la sobreadaptación que generalmente observamos en los pacientes psicosomáticos, que genera un Falso Self, que explica la disociación descrita por la escuela de París y a la vez, no encerraría al paciente psicosomático en ninguna estructura particular, sino que al igual que otras patologías que tienen este origen, se pueden encontrar en distintas patologías y estructuras.

Los pacientes psicosomáticos desde la teoría de Winnicott

Un desarrollo emocional satisfactorio permite que el bebe alcance una unidad entre la psique y el soma, en donde esta psique, si la podemos llamar así, solo está constituida por las vivencias senso-perceptivas y las experiencias repetidas de calma que producen en una situación de confianza la satisfacción de las necesidades básicas. Esta unidad psique-soma primaria genera un inicio de Self que posteriormente, y de acuerdo a otros procesos posteriores, dará vida a la persona total, integrada con su cuerpo y con su medio ambiente.

Un cuerpo que es parte de uno, sin fragmentaciones -tal como vemos en las psicosis y las esquizofrenias- y con una mente que en parte y sólo en parte, se hará cargo de todo el proceso secundario, del control de los impulsos y de la socialización, es decir, de vivir en el mundo de la cultura. Menciono a estos tres elementos, la psique, el soma y la mente, porque en el paciente psicosomático las fallas tempranas producidas por el medio ambiente no permitieron una adecuada integración entre esta psiquis inicial y el soma, por lo que podemos encontrar en estas parciales disociaciones la génesis de los rasgos y caracteres, (no identificables a los síntomas, en el sentido de que no representan nada),

que se mencionó en la descripción clínica.

Winnicott, (1996, Pág. 49), en “La naturaleza Humana” nos dice que “no es cuestión de mente y de cuerpo, sino de psique y soma interrelacionados, donde la mente es como algo que florece al borde del funcionamiento somático”. Un niño de intelecto excepcional, talentoso y valioso puede tener un trastorno emocional, así como un adulto muy laborioso y capaz sufre de un cuadro somático agudo, sin haber presentado ninguna sintomatología previa y no ser un enfermo frecuente. La respuesta a este cuadro en que el pensamiento, la habilidad intelectual, se mantiene constante o incluso aumenta, es decir, no se ve afectado, es debido a que la mente se inicio tempranamente, por afuera de una buena integración entre la psique y el soma, como una entidad en parte separada del resto de la persona, se hizo cargo de toda ella. Es decir que esta mente, esta sosteniendo a la persona, y funcionando como un Yo Auxiliar. A esta etapa que generalmente se da entre los 4/6 meses en adelante, Winnicott la llama de “Personalización”

Muchos niños y adolescentes sobre exigidos, que son excelentes alumnos, suelen tener enfermedades a repetición, otitis, enfermedades infecciosas, anemias, y depresiones, aparentemente sin motivos. Digo aparentemente sin motivos, porque este “no saber” está vinculado con las disociaciones y no integraciones que ocurrieron tempranamente. Como dice Marty, encontramos en estos padres un alto grado de narcisismo, aunque no necesariamente los padres del paciente psicosomático son siempre de carácter narcisista, pueden ser neuróticos, generalmente obsesivos o fronterizos leves.

Para Winnicott (1964), la etapa de personalización pudo no haberse completado adecuadamente y encubrir algún tipo de disociaciones tempranas, por lo que estos cuadros psicosomáticos son consecuencia de una experiencia de despersonalización encubierta que puede ser de un nivel más o menos profundo, frente a situaciones de duelo o traumáticas.

Desde mi punto de vista la enfermedad crónica psicosomática, representa y encubre conductas regresivas, que le permiten a la persona mantener una imagen unida y entera, no emocional frente al mundo externo. Es decir, una solución de compromiso del que se hace cargo el Falso Self. No voy a desarrollar aquí el concepto de la regresión en el marco psicoanalítico, dado que si bien es muy importante, también es extenso.

Pero la regresión es a la dependencia, a etapas de dependencia con los vínculos primarios, esto marca en parte el tipo de tratamiento, aquí denominado abordaje, que el paciente puede necesitar.

El desarrollo emocional es normalmente penoso y esta signado por el conflicto, por lo que el cuerpo debe padecer aunque no sean enfermedades físicas. En primer lugar están los procesos de socialización y luego los controles e inhibiciones patológicos asociados a la represión y a los conflictos inconscientes presentes en la psique. El desarrollo somático es un logro que tiene su propio ritmo y que se alcanza a través de lo que llamo la función del “Maternaje”, una serie de procesos ineludibles, por su necesidad, y que debe cumplir la madre para que el bebe obtenga una unidad, una integración psicosomática.

Como podemos comprender los síntomas psicosomáticos, se gestan en periodos tempranos, antes del 1º año de vida debido a una existencia de inadecuación o falla del medio durante el período en que se producen los procesos de integración – personalización – comprensión o relación con la realidad objetiva y el inicio del área transicional.

Para aclarar estos conceptos voy a transcribir una serie de citas que nos pueden ser muy útiles:

-En *Naturaleza Humana*, (Pág. 39) dice: “La base de la psique es el soma, y en la evolución éste vino primero. La psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico, siendo su misión más importante la de ligar las experiencias y potencialidades del pasado con el percatamiento del momento actual y la expectativa respecto del futuro. Así cobra existencia el Self

“...A veces la enfermedad psicosomática es poco más que el fortalecimiento de este nexos psicosomático ante el peligro de que el mismo se quiebre. La rotura de este nexos produce diversos estados clínicos que reciben el nombre de “despersonalización”. También aquí lo contrario del desarrollo que observamos en el niño dependiente lo constituye un estado que reconocemos como enfermedad mental: la despersonalización, o bien el trastorno psicosomático que la oculta.” (*Los casos de enfermedad mental-1963-Pág. 273*).

En “Elementos positivos y negativos de la Enfermedad Psicosomática”(1964), dice:...“En el trastorno psicosomático, lo que constituye la verdadera enfermedad es la persistencia de una escisión en la organización yoica del paciente, o de disociaciones múltiples... (Pág.130). Este estado mórbido del paciente es en sí mismo una organización defensiva con determinantes muy poderosas, razón por la cual es muy común que médicos bien informados, bien intencionados y hasta excepcionalmente bien equipados fallen en sus empeños por curar a pacientes con un trastorno psicosomático” (pag. 131).

“La enfermedad psicosomática es el negativo de un positivo, que es la tendencia a la integración... El positivo es la tendencia heredada de cada individuo a alcanzar la unidad de psique y soma... A esta etapa del proceso de integración podría denominarse la etapa del “yo soy...” (Pag. 140)

En un paciente con una sobreadaptación a la realidad consensuada, que como vimos en la descripción, es una característica, aunque no necesariamente en todos, que mantengan una relación especial con la realidad, viviéndola de una manera impersonal y excesivamente objetiva; esto es opuesto a vivir creativamente, la sobreadaptación es solo una manifestación del falso Self, extremo opuesto a la capacidad de estar vivo en el sentido de ser creativo, que es equivalente a que la persona tiene una cierta unidad entre su verdadero y falso self.

Esta falta de unidad afecta todos los procesos posteriores del desarrollo emocional, sobre todo a la capacidad de construir un espacio potencial, ni interno ni externo, a partir del uso de objetos transicionales y que constituyen el espacio y raíz de la simbolización.

En otros casos observados por mi, pero como minoría, son personas muy creativas, excesivamente sensibles, que se manifiestan con un fuerte despliegue emocional y sufren mucho cuando se sienten lastimados. El término popular es que “se lo toman todo a pecho”. Considero el pronóstico de estas últimas como un poco más favorable.

Renata Gaddini (1967) que toma los aportes de Winnicott con respecto al objeto transicional como el inicio de la simbolización, describe, que los chicos que padecieron asma de mediana o severa gravedad, hacia el final del primer año o en los primeros años de su vida, ninguno desarrolló un objeto transicional. Ella entiende al síntoma psicosomático como una estructura relacionada con el objeto transicional, pero patológica. Las patologías del periodo del Objeto y Fenómenos Transicionales, dan origen a diversas enfermedades psíquicas y del carácter.

En estas características del paciente psicosomático, con hipertrofia de la mente (Winnicott, 1960), el self, cumple una función falsa que domina al psiquesoma, siendo responsable de la hiperlógica y sobrevaloración de las ideas que caracteriza al pensamiento más concreto y esquizoide. Estos aspectos patológicos y las diversidades históricas de cada paciente nos permiten entender las diversidades clínicas que presentan.

D. Liberman y col. (1982) describen tres categorías de enfermos psicosomáticos (aunque destacan que ésta división no es demasiado específica), que podrían relacionarse con la descripción previa:

1. Pacientes hipomaníacos, con grandes exigencias respecto al éxito y la responsabilidad, que “hacen de tripas corazón”. Suelen padecer enfermedades cardiovasculares.
2. Pacientes depresivos con cierto grado de compulsividad. Aparece allí la patología digestiva: colon irritable, colitis ulcerosa o patología respiratoria como el asma. Son meticulosos, ordenados, controlados y autoexigidos.
3. Pacientes esquizoides que presentan trastornos de piel, autoinmunes, musculares, óseos, anorexia nerviosa, etc. Enfermedades graves, pero poco notorias inicialmente. Se los puede describir como con una piel paquidérmica y un interior congelado, sin lugar para la gratificación. Cabe señalar que es este último tipo de pacientes el que se adapta mejor a la descripción más usual de la personalidad psicosomática.

Todas estas exposiciones teóricas presentadas nos demuestran que no hay un solo tipo de paciente psicosomático, que no hay invulnerabilidad, y que en las neurosis pueden encontrarse síntomas combinados con los psicosomáticos.

La clínica del paciente psicosomático.

Desde la teoría del desarrollo emocional, cada paciente debe recibir el tipo de tratamiento que necesita, por lo que no es posible indicar un tratamiento unívoco para el paciente psicosomático. Sin embargo, y de acuerdo a las descripciones y teorizaciones

realizadas, debemos considerar ciertos aspectos que son comunes a todos y considerar las modalidades terapéuticas en la que podemos caer.

Winnicott (1964), marca que el Psicomatista se jacta de su capacidad para (al igual que el paciente) montar dos caballos al mismo tiempo, con un pie en cada una de las monturas y ambas riendas en sus diestras manos y si no se conocen las razones que llevan al fracaso debido fundamentalmente a la disociación, los médicos y terapéutas se descorazonan... “Las fuerzas que operan en el paciente son de una enorme intensidad... Algunos médicos no están en realidad en condiciones de montar los dos caballos. Se sientan en una de las monturas y al otro caballo lo llevan de las riendas, o pierden contacto con él...”

El gran riesgo para estos es nada menos que mentalizarse y llegar a formular interpretaciones teóricas que repitan los mecanismos patógenos del paciente, el que tiende a tener un contacto no vivencial con los demás y con la realidad

Winnicott (1964) en “Aspectos positivos y negativos de la enfermedad psicomatica” dice: “En la práctica profesional de los psicomatistas lo que necesita el psicoterapeuta es la cooperación de un médico no demasiado científico... lo que deseo es tener del otro lado a un científico que se haya tomado vacaciones de la ciencia...”(Pag.136) “... Si uno asciende hacia la esfera de la intelectualización y pierde contacto con el paciente real, pronto descubre que el término psicomático deja de cumplir su función integradora... Es menester tomar en cuenta, junto con las disociaciones en la personalidad de los pacientes, las disociaciones del propio médico...”.(pag. 130).

El significado que tienen los períodos de enfermedad del cuerpo, es un reclamo, una atención que el paciente no se da cuenta que necesita. Este reclamo representa el elemento positivo en la enfermedad psicomática. A partir de un estado de dependencia absoluta se encuentra un intento de buscar la integración psíquica, que le sería permitido por la enfermedad.

Intenta que alguien se haga cargo de las funciones de sostén y manipulación que fueron inadecuadas en la relación con su madre. La necesidad de ser cuidado incluye a distintas personas, puede incluir a la mujer, a la familia, al analista, una experiencia mística, algún brujo, etc. Con esta regresión a un estado de dependencia absoluta, el paciente produce una forma de curación “espontánea”.

Es importante destacar que, frente a la posibilidad de iniciar este proceso regresivo, en el paciente y el analista van a aparecer fuertes resistencias que van a ser diferentes en cada paciente y en cada analista. También durante los momentos de regresión en el tratamiento pueden aparecer enfermedades psicomáticas, que hacen que el analista le deba dar una atención especial, mayor al del modelo que habitualmente iban llevando (Painceira Plot, A.).

Algunos datos clínicos:

G. enferma de una eczema grave antes de cumplirse 1 año de la muerte de su padre.

M y T, desarrollan cáncer de mama entre los 4 y 6 meses de la muerte de respectivamente sus madres.

C. hace una conjuntivitis muy difícil de curar, después que su hijo se fue violentamente de su casa....

Bibliografía

- Barbero L. y Corniglio H.: (1993). "La teoría psicossomática de Pierre Marty y el psicoanálisis" y "Estudio comparativo de dos epistemologías diferentes para la comprensión psicoanalítica de la enfermedad orgánica". Conferencias pronunciadas en el Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Buenos Aires.
- Engel, G. y Schmale . Psychoanalytic Theorie of P sicosomatic Disorder. A. J. of the American Psychoanalytic Association. 1967 XV. 2
- Freud, S. (1905-1906): Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de la neurosis. O. C Ensayos XXVII. Biblioteca Nueva
- Freud , S. (1910) - El Psicoanálisis «Silvestre» O. C. Ensayos XLVIII. Biblioteca Nueva
- Freud , S. (1912) - Contribuciones al simposio sobre la masturbación - O. C. Ensayos LXVI Biblioteca Nueva.
- G addini , R. (1967). " Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático" en: Lecturas de lo psicossomático Bs. As. Lugar Editorial 1991
- G arcía H. H.(1997). Sobre algunos diagnósticos tomando en cuenta a Winnicott. Actas VI Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott. APdeBA.
- G arcía. H. H.(1998). Winnicott y las enfermedades psicossomáticas. Actas VII Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott. Montevideo Uruguay
- G arcía, H. H. (1996). Winnicott en el diagnóstico y tratamiento de las neurosis Leído V. Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott. Lima Perú
- Liberman, D.; Gassano de Piccolo E.; Neborak de Dimant, S.; Pistiner de Cortiñas, L.; Roitman de Woscoboinik, P. (1982) Del cuerpo al símbolo Ed. Anaké 1991 Santiago de Chile
- MacDougall, Joyce. (1989). Teatros del cuerpo. Ed. Yebenes. Barcelona
- Marty, P. (1991). La psicossomática del adulto. Ed. Amorrortu. Buenos Aires
- Painceira Plot, A. comunicación personal al Dr. Horacio, Garcia. Seminario de Psiconet, Clase 9.
- Spagnuolo de Iummato, A. M. (1999) Medicina Psicossomática. Ficha de cátedra de Fac. Psicología. UBA.
- Winnicott, D. (1960). Deformación del Ego en términos de un Ser verdadero y Falso en: El proceso de maduración del niño. Laia Barcelona 1979
- Winnicott, (1970). Sobre las bases del Self en el cuerpo. Exploraciones psicoanalíticas I. Paidós. Buenos Aires 1991
- Winnicott 1963). El miedo al derrumbe en: Exploraciones psicoanalíticas I. Ed. Paidós Buenos Aires. 1991
- Winnicott, D. (1963). Los casos de enfermedad mental en: El proceso de maduración del niño. Laia Buenos Aires. 1979
- Winnicott, D. (1964). Elementos positivos y negativos en la Enfermedad Psicossomática, en Exploraciones Psicoanalíticas I. Paidós. Buenos Aires 1993
- Winnicott, D. (1957). La excitación en la etiología de la trombosis coronaria. En Exploraciones Psicoanalíticas I Ed. Paidós Buenos Aires. 1991
- Winnicott, D. (1949).La mente y su relación con el psiquesoma en Pediatría y psicoanálisis. Laia Barcelona. 1978.
- Winnicott, D. W. (1973). Naturaleza Humana. Bs. As. Paidós. 1996)

[Ir al principio](#) | [página de inicio](#)