

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019.

Los trabajos de la continuidad existencial: especificidades en la clínica de la psicosis.

del Olmo, Juan Daniel.

Cita:

del Olmo, Juan Daniel (2019). *Los trabajos de la continuidad existencial: especificidades en la clínica de la psicosis*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/5>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LOS TRABAJOS DE LA CONTINUIDAD EXISTENCIAL: ESPECIFICIDADES EN LA CLINICA DE LA PSICOSIS

Del Olmo, Juan Daniel

Proyecto Suma. Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental. Argentina

RESUMEN

El presente artículo toma como punto de partida algunas conceptualizaciones de D. Winnicott, para ubicar la problemática del tratamiento de pacientes que presentan sintomatología psicótica, en el dispositivo de hospital de día de salud mental. Se sitúa el carácter de intrusión en la continuidad existencial que implica la irrupción de la fenomenología psicótica, y simultáneamente el trabajo de restitución, reparación y autocuración del derrumbe psíquico subyacente a la vivencia psicótica nuclear de desinversión radical. Se propone la noción de trabajos de la continuidad existencial como nominación del abordaje de los síntomas negativos y positivos, señalando sus diferencias clínicas, tomando como modelo la correspondencia de los procesos de maduración con las funciones del ambiente facilitador.

Palabras clave

Psicosis - Síntomas positivos - Síntomas negativos - Hospital de día - Continuidad existencial - Facilitación

ABSTRACT

THE WORKS OF EXISTENTIAL CONTINUITY: SPECIFICITIES IN THE CLINIC OF PSYCHOSES

The present article takes as starting point some conceptualizations of D. Winnicott, to locate the problematic of the treatment of patients who present psychotic symptomatology, in the day hospital device of mental health. The intrusive nature of the irruption of the psychotic phenomenology in the existential continuity, and simultaneously the work of restitution, repair and self-healing of the psychic collapse underlying the nuclear psychotic experience of radical disinvestment, is situated. The notion of works of existential continuity is proposed as a nomination of the approach of negative and positive symptoms, pointing out their clinical differences, taking as model the correspondence of maturation processes with the functions of the facilitating environment.

Key words

Psychoses - Positive and Negative symptoms - Day hospital setting - Existential continuity - Facilitation

1. Introducción.

M es afecta a la errancia. Camina por la calle, conoce a alguien que le propone ir a un lugar A, ella acepta, van, allí conoce a otra persona que le cuenta su plan de ir a un sitio B, le interesa, se suma, van..., y así hasta encontrarse a varios (en ocasiones, muchos) kilómetros de su casa, exponiéndose a situaciones frecuentemente riesgosas. Dice su familia que tiene “un dios aparte”, porque viene saliendo ileso de estas incursiones temerarias. No es éste su único síntoma. Una tendencia melancólica cierta y pertinaz se trasluce en sus decires vagos e inconsistentes; que nadie la quiere, que no halla un lugar para ella, aparecen como el rasgo de su vivencia.

Si el espacio se despliega en una llanura sin fronteras, el tiempo se suspende con el sol perenne de un mediodía eterno. Esta ausencia de medida posee su correlato en el encuentro con otros: uno es igual a otro que es igual a otro, indiferenciados, igual de buenos y de malos los objetos, igualados lo bueno y lo malo.

La indicación de realizar tratamiento en el dispositivo de hospital de día fue dada por el equipo profesional que la atendió durante su última internación psiquiátrica. Habilidosa para irse, M ha logrado retirarse de otra institución similar trepándose por el techo, sin el consentimiento profesional. Resultaría menos arrojado afirmar que “se escapó”, mas ello supone una obligación y su transgresión respecto de una autoridad. La propuesta que se le extiende en esta oportunidad no radica en que no se vaya, sino en que se quede un rato, facilitando su estancia.

La facilitación es un término que puede rastrearse al menos en Freud y Winnicott. Tempranamente, Freud describió en su Proyecto (Freud, 1895) que se habilitaban circuitos neuronales facilitados de respuestas motoras ante la repetición de un estímulo: la experiencia (de descarga de cantidad) marca un camino que opera como huella para las próximas. Winnicott la ubica como una característica deseable del ambiente: aparece nominando el ofrecimiento de determinados medios y acompañamientos que favorezcan la producción subjetiva, las expresiones de los procesos de maduración. Anteriormente (del Olmo, 2017), hemos relacionado las funciones del ambiente facilitador – recordemos: sostén, atención, presentación de objetos – con las particularidades del encuadre y de la dinámica del tratamiento en un hospital de día. Inherente a estas temáticas, la continuidad existencial ha salido al paso, lo cual comenzamos a problematizar en una primera aproximación a la conceptualización de

los trabajos de la continuidad existencial (del Olmo, 2018). El objetivo de estas páginas trata de seguir precisando y ciñiendo estas nociones, y describir modos en que los mencionados trabajos podrían verse facilitados, especialmente en los cuadros de psicosis.

2. Observaciones sobre la psicosis.

Rodríguez (Rodríguez, 2015) detalla una serie de diferenciaciones entre la continuidad existencial y otros fenómenos continuos. Entre ellos, destaca la vida y la continuidad de las pulsiones. La existencia implica un cuerpo vivo, pero no va de suyo que un cuerpo vivo exista: son frecuentes las referencias en Winnicott a pacientes que no habían existido, o que comienzan a existir en el espacio analítico (Winnicott, 1992). La existencia, lo viviente, es un plus a la vida orgánica^[1]: se construye como un ir siendo, a partir de experiencias resultantes de la encarnadura del gesto espontáneo, distintas en tanto tal de las experiencias pulsionales. La pulsión, esa exigencia constante de trabajo, pertenece al plano intrasubjetivo; el gesto espontáneo, como mojón de la continuidad existencial, al espacio transicional. Por su parte, Paineira Plot (1997) describe tres elementos que contribuyen al desarrollo de una “existencia verdadera” (este enunciado debe leerse en términos de verdadero como opuesto a falso, a forma no espontánea): “el gesto espontáneo, la autoconciencia que nos permite vivir ese gesto como propio, y la elaboración imaginativa. Esta elaboración es un principio organizador que comienza a otorgar a los hechos un significado, lo que los transforma en experiencias de alguien, en actos intencionales de alguien”. Queda implícito en esta breve referencia que la continuidad existencial expresa un trabajo para elaborar algo sentido como propio.

La clínica de las presentaciones graves se encuentra poblada por formas insidiosas de comienzo. El deslizamiento silencioso hacia el estado mórbido revela una continuidad (otra más) en la cristalización de la condición subjetiva. Se caracteriza por un desarrollo lento, subrepticio y eficaz. Suele ocurrir que al preguntarle a los familiares de un paciente si podrían precisar cuándo comenzó el padecimiento, recuerden que en la adolescencia o llegando a ella ya notaban algunas rarezas, o que resignifiquen como llamativas algunas características que previamente habían pasado desapercibidas. Tanto el sostén benevolente como la renegación de la situación patológica operan acallando las inquietudes para realizar una consulta temprana. A su vez, los episodios agudos de padecimiento subjetivo, marcados por descompensaciones (éstas delatan un proceso preexistente, no manifestado hasta ese momento por los arreglos que fueron anudando la tendencia a la locura, es decir, estabilizaciones), brotes alucinatorios y delirantes, se imponen violentamente. No sólo por el fenómeno psicopatológico como tal, sino también por la irrupción, la discontinuidad, y no pocas veces, la sensación de ajenez y desconocimiento de sí con que se

vivencian. Quiebres, o sin ir tan lejos, torsiones biográficas significativas se manifiestan elocuentemente, cuyas percepciones generan comentarios del estilo “B ya no es el mismo.”

¿No es, efectivamente, el mismo? ¿Quién es, si no lo es?

A rigor de verdad, nadie es exactamente el mismo que fue; sin embargo, ese camino hacia la diferencia decanta en un devenir más o menos silencioso, sin intrusiones llamativas. No hay extrañeza en la autobiografía, quizás sí nostalgia o algún otro afecto que el sujeto suela sentir ante su propio reflejo.

La semiología de las psicosis diferencia dos órdenes de síntomas: los negativos describen la tendencia a la retracción libidinal y social, al aplanamiento afectivo; se arraiga un apagamiento de la vitalidad, emparentado con la destrucción de la “personalidad psíquica” y “con las experiencias de fragmentación y atomización de la identidad” (Álvarez, 2013). Los síntomas positivos nominan la presencia de fenómenos alucinatorios y delirantes; proporcionan un tinte afectivo y un soporte representacional, de riqueza variable. Las manifestaciones de estas tipologías no son excluyentes, sino que con frecuencia conviven: un caso típico se evidencia en el sujeto que escucha voces injuriantes o percibe miradas acusatorias, encontrando allí un fundamento adicional y consciente para ratificar su encierro. Además, la metapsicología psicoanalítica desde Freud indica que el trabajo delirante viene a suturar la ruptura de la conexión con el mundo: el texto delirante oficia de argumento teatral tejiendo representaciones (pictogramáticas, primarias y secundarias) sobre el vacío de lo propiamente psicótico: en Freud, en Winnicott, en otros, el epicentro del sufrimiento se sitúa en el derrumbe del yo y de su lazo con la realidad, produciéndose una pérdida radical de sostén psíquico; la perplejidad, entre los llamados fenómenos elementales de la psicosis, denota el vaciamiento de significación de las cosas. Alrededor de éstos, se convoca un aparataje de apuntalamientos y defensas que viene a calmar tal sufrimiento, apareciendo en positivo. Los postulados respecto de la constitución subjetiva de Piera C. Aulagnier (C. Aulagnier, 1975) establecen tres registros de inscripciones de representaciones que atañen al cuerpo, la novela - fantasía, y la palabra - significante. Éstos constituyen escenarios en los que se desenvuelve el trabajo psíquico en todas sus manifestaciones.

Los mecanismos perceptivos e interpretativos en las psicosis, laboriosos, que corren contra gradiente de la desinvestidura, presentan producciones que, al estilo del síntoma neurótico, aparecen como formaciones de compromiso entre la defensa, erótica, y la tendencia desestructurante - desobjetalizante: las ansiedades esquizoparanoideas y las amenazas de aniquilación se corporizan en las voces injuriantes y de comando que hablan permanentemente palabras mortíferas, siendo una incansable compañía, una presencia que ocupa toda la atención. La convicción de que la voz “viene de afuera”, que es un objeto objetivo, supone un enlace con el mundo. Las alucinaciones cenestésicas producen una sobreinvestidura libidinal sobre una zona particu-

lar del cuerpo, expresando tanto la vivencia de desintegración como el intento de reapropiarse del cuerpo a través de la sensorialidad exacerbada.

¿Podría pensarse a la producción subjetiva de la psicosis (mal llamada productividad^[2]) como un intento de restitución de la continuidad?

Puntualicemos: ¿de qué se trata la locura? En primer término, de una “des-compensación”, un desarreglo, una develación de la precariedad del armazón de la constitución subjetiva. El equilibrio perdido aparece como la causa desencadenante, pero la causa eficiente radica en un desencuentro previo y fatal entre el potencial heredado de los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Respecto de la primera causa (segunda cronológicamente), es conocida la fórmula lacaniana a propósito de la lectura del caso Schreber, sobre la vacilación ante la convocatoria al significante (ausente) del Nombre del Padre^[3]. El equilibrio en el mundo interno se ve cuestionado por embates de los cuales no puede librarse fácilmente, sucumbiendo. En Schreber, fueron la paternidad y el nombramiento como juez. La sexuación / sexualidad y la pregunta (frecuentemente no formulada abiertamente, no por ello menos relevante) por el ser surgen como temas desestabilizadores predilectos. Como hemos señalado previamente, la respuesta a esta prueba se da en dos planos: fenómenos en negativo (el vacío y el derrumbe como eje del padecimiento) y en positivo (producción subjetiva como intento de restitución del registro imaginario colapsado; utilizando un vocabulario winnicottiano, tendencia a la autocuración).

3. Clínica de los trabajos de la continuidad existencial.

Esta irrupción en la continuidad existencial, con todo el carácter de una intrusión, opera como una de las formas de lo siniestro: lo más íntimo, las huellas más singulares y resguardadas, retornan como algo ajeno, desconocido e ininteligible para quien padece.

¿Qué tratamiento, así las cosas, para las psicosis? No impresiona nueva la pregunta. Intenta, eso sí, abrir la cuestión de los síntomas, los momentos de consulta, y cierta especificidad del trabajo clínico desde la conceptualización de la continuidad existencial. Introduciremos el enlazamiento con la vitalidad apagada, y la integración de lo loco.

Hemos postulado (del Olmo, 2018) la noción provisoria de una continuidad secundaria respecto de la continuidad existencial propuesta por Winnicott, espontánea y creativa, como tendencia del verdadero self; secundaria en cuanto se constituye, a partir de las discontinuidades ocasionadas por las intrusiones tanto de fenómenos externos como internos, en una forma de ser reactiva cristalizada. Ahora bien, revisando tal idea: ¿difiere la continuidad en cuanto elaboración o trabajo de integración, en el caso primario, del secundario - como si fuera posible contemplar una continuidad inmune a toda y cualquier adversidad?

Quizás se vuelva más prudente considerar que la divergencia se expresa en cómo se metabolizan estos sucesos enajenantes.

La sintomatología negativa aquieta y cristaliza el tiempoespacio. Enredado en el encierro, el sujeto sucumbe al abrazo de los tentáculos que lo inmovilizan en la oscuridad de su vacío psíquico poblado, en numerosas ocasiones, por multitud de voces que lo quieren muerto; siendo ésta, sin embargo, su única compañía.

Emerger del sepulcro de la moción desobjetalizante resulta un trabajo agotador, por varias partidas: la escasa disponibilidad libidinal para enlazarse a objetos del mundo (cosas, personas, proyectos), la resistencia a abandonar un lugar paradójicamente seguro para arriesgarse a que algo acontezca, reanudando (término provechosamente equívoco, dado que supone un reinicio y también un nuevo artificio, un nuevo nudo, que sepa hacer con la locura) el tiempoespacio y la capacidad de experimentar. No es infrecuente que los primeros tiempos de la llegada al hospital de día se vivencien con un monto significativo de ansiedades paranoides, a veces infranqueable, hasta que tal escenario se vuelva un espacio habitable, creado a la propia medida, con un sentido singular. La creación de este sentido no excluye vaivenes afectivos, acercamientos y raudos escapes, como una danza que ensaya proximidades y distancias tolerables. Habrá que atender a cuánto de necesidad genuina y cuánto de síntoma subyace a cada desplazamiento: puede resultar tan pernicioso la presencia permanente, como la ausencia sostenida. Que alguien concorra obedientemente no significa tampoco que se desarrolle un trabajo de la continuidad.

¿A qué venir? ¿Qué puede ocurrir (¿algo inédito o la repetición de lo idéntico? ¿con quién voy a cruzarme – el estar, el encontrar, conllevan otro nivel de implicación)? Preguntas previas al comienzo del tratamiento, incluso al arribo cotidiano. Este lecho incierto, digno de ser recorrido a tientas, en el mejor de los casos se hará predecible, sólido y sostenedor. Y en ese tránsito, yendo y viniendo, apareciendo y escondiéndose, se abre la posibilidad de que haya un lugar más acogedor, que otros; un lugar para quedarse un rato, como se le ha propuesto a M. Así comienza un tratamiento posible de revitalización.

Soportar el sentirse desintegrado del paciente suscita, en un extremo, los afectos contratransferenciales descritos por Winnicott como odio (Winnicott, 1947), pasando por el sopor, el desánimo, la impaciencia frente a la indolente quietud (en ocasiones, sólo una apariencia de la defensa del frágil y convulsionado mundo interno) del paciente congelado. El más leve movimiento resulta mucho, y ocasiona a la vez un entusiasmo profundo en el terapeuta y un temor desmedido en el sujeto, directamente proporcionales. El encuadre del hospital de día permite que el soporte de la vivencia de desintegración no sea solamente el cuerpo y el aparato de pensar del terapeuta, sino el ambiente, y que éste también encuentre en el ambiente el sostén para su tarea, cuestión ésta no menor. Otras corrientes han conceptualizado acerca del trabajo entre varios.

La categoría de lo ambiental remite tanto a los elementos humanos como a los inanimados, a lo individualizado y lo indiferenciado. Winnicott sitúa la figura de la madre ambiente como previa al descubrimiento de la madre como objeto. El ambiente posee una cara doble: por un lado, aparece como un continente para la experiencia del sujeto, y por otro como contenido; provee los objetos a partir de los cuales poder experimentar. La presentación de objetos como tercera función facilitadora puede pensarse como una provisión de sí mismo. Puntualmente respecto de la operatoria terapéutica en el hospital de día, hemos descripto (del Olmo, 2017) que entre los objetos presentados por el ambiente se encuentran las legalidades del dispositivo, las actividades, sus producciones, los otros, el espacio, el tiempo, el mobiliario, lo inmueble, y los terapeutas. De todo ello puede disponer el sujeto para su uso, en términos winnicottianos (Winnicott, 1968).

Cabría postular al uso y la disponibilidad como un par conceptual: para que el sujeto pueda usar un objeto, éste debe estar disponible para ser usado. El encuentro entre gesto espontáneo y predisposición ambiental produce un saldo de subjetividad capitalizable no sólo en su actualidad, sino como huella de experiencia.

El signo del espejo de Delmas designa la conducta repetitiva de la persona que comienza a cursar un cuadro psicótico, de mirarse en un espejo para su reaseguro y con la inquietud de si volverá a encontrarse allí, o no. Sobrevuela una suerte de intuición inefable respecto de una próxima vivencia de alienación y desconocimiento que, de acuerdo con cuánto de esta experiencia se hace consciente^[4], conlleva un fuerte cuestionamiento del sentimiento de identidad, entendiéndose por éste la construcción del registro imaginario a partir del precipitado de historia y rasgos que han cimentado una identificación, desde donde nombrarse y poder decir yo. La descompensación refleja el rostro de lo siniestro: lo familiar / propio desconocido, que se apodera de uno actúa como un intruso en la continuidad de la definición del ser, marcando un mojón.

La integración (recordemos, uno de los procesos de maduración) de la locura implica desde su mismo enunciado, el reconocimiento de ésta y un esfuerzo por otorgarle un lugar sin rechazarla, labor no sencilla ni exenta de sufrimiento. Alrededor del sujeto sumido en este trabajo, emergen discursos renegadores, condescendientes, a veces culpabilizantes. Discursos que no se constituyen sólo de palabras, sino con miradas, silencios, cosas que se dejan de decir, hacer, compartir. Las discontinuidades se multiplican en diversos planos: la identidad, la relación con el ideal del yo, las relaciones sociales. No se trata sólo de una discontinuidad subjetiva; sus repercusiones pueden resultar muy amplias, lo cual lleva a considerar que el trabajo de integración es también social. Se ha teorizado abundantemente sobre la necesidad de las intervenciones familiares; incluso actualmente se vuelve un tema en la agenda pública las campañas para

la reducción del estigma social de los sujetos afectados en su salud mental. Asimismo, el encuadre grupal del dispositivo de hospital de día permite un intenso juego (play) de aceptación, comprensión y rechazo del otro con su locura, que se traduce en introyecciones, reflejos mutuos de la experiencia propia^[5], y una introspección silenciosa e íntima como proceso de elaboración, que se da en el vínculo espontáneo. El pasaje del espanto a la ternura respecto del compañero con frecuencia constituye un indicador del trato que el sujeto se da a sí mismo.

4. Conclusiones.

M se quedó dos años en el hospital de día. En tal tiempo sostuvo algunos lazos afectivos intensos y lábiles. Si bien sus extravíos no cesaron, sí menguaron por un período significativo; sus idas impresionaban poseer la intencionalidad de construir un lugar propio alejado de su familia, que solían terminar bruscamente. Al regreso de cada intento, previo a volver a su casa, hacía pie en el hospital de día.

Quedarse, hacer pie, volver: manifestaciones de la consolidación de la constancia de un objeto ambiente en pacientes con una profunda desorganización del tiempoespacio, que no se constituye ex nihilo, sino en relación con el ofrecimiento de la disponibilidad. Cita Massud Khan a Le Corbusier: “la prueba primera de la existencia es ocupar el espacio”.

NOTAS

[1] Conocida es la súplica escrita por Winnicott hacia el final de su vida: “¡Oh, Dios, ¡haz que esté vivo cuando muera!”

[2] La productividad remite a una variante económica de acumulación. Transportado al campo de la psicopatología, alude a la cantidad de síntomas positivos presentes en el cuadro y su pregnancia. Dice qué tan loco se encuentra un sujeto, pero nada afirma sobre el problema del sentido y de la significación de los fenómenos. Una observación más extensa puede encontrarse en otro artículo (del Olmo, 2010).

[3] Para el Freud que escribe sobre las neuropsicosis de defensa, la psicosis alucinatoria se trataba del rechazo de una representación intolerable, una decisión de no inscripción, un agujero remendado por un fenómeno alucinatorio.

[4] Nos mantenemos winnicottianos al diferenciar lo consciente de lo inconsciente, en términos descriptivos: lo consciente es aquello que puede ser abarcado por la conciencia, aquello que puede ser pensado. (Winnicott, ¿1963?)

[5] Winnicott (1971) ha conceptualizado sobre la función de espejo del rostro materno. Por nuestra parte, (del Olmo, 2017) hemos desarrollado la construcción del “nosotros” y de un área de experiencia singular en el hospital de día.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J.M. (2013). Estudios sobre la psicosis. Vigo: Xoroi Edicions. 2013.
- Castoriadis - Aulagnier, P. (1975). La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 2001.

- del Olmo, J.D. (2007). "El paciente productivo". En Clepios, Una Revista De Residentes de Salud Mental 2010 - Volúmen XVI - Nº 1: 5-8. 2010.
- del Olmo, J.D. (2017). "Conceptualizaciones sobre el dispositivo de hospital de día: aportes desde los desarrollos de D. W. Winnicott". IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/253>
- del Olmo, J.D. (2018). "Trabajos de la continuidad existencial. Aportes de la práctica clínica en el hospital de día". XXVII Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de Donald Winnicott "Nuestro quehacer actual". Buenos Aires, diciembre de 2018.
- Freud, S. (1894). "Las neuropsicosis de defensa (ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)". En Sigmund Freud - Obras completas. Volumen III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895). "Proyecto de una psicología para neurólogos". En Obras Completas. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1997.
- Freud, S. (1911). "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descripto autobiográficamente. En Sigmund Freud - Obras completas. Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Khan, M.M. (1983). "La cabeza hueca", en *Locura y soledad. Entre la teoría y la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Lacan, J. (1981). *El seminario de Jaques Lacan. Libro 3 Las psicosis 1955-1956*. Buenos Aires: Paidós. 2004.
- Painceira Plot, A.J. (1997). *Clínica psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott*. Buenos Aires: Lumen.
- Rodríguez, J. (2015). *Soñar con los dedos. Entre Freud y Winnicott*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, C. (1989). "Una reflexión sobre D.W.W". En *Exploraciones psicoanalíticas 1: Buenos Aires: Paidós*. 2006.
- Winnicott, D.W. (1947). "El odio en la contratransferencia". En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.
- Winnicott, D.W. (¿1963?). "Miedo al derrumbe". En *Exploraciones psicoanalíticas 1: Buenos Aires: Paidós*. 2006.
- Winnicott, D.W. (1968). "El uso de un objeto y el relacionarse mediante identificaciones". En *Exploraciones psicoanalíticas 1: Buenos Aires: Paidós*. 2006.
- Winnicott, D.W. (1971). "Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño", en *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa. 2003.
- Winnicott, D.W. (1992). *Sostén e interpretación: fragmento de un análisis*. Buenos Aires: Paidós. 1992.