

Una reflexión clínico-teórica sobre el cuerpo, la mente y la identidad corporal¹

Jorge L. Tizón

Neuropsiquiatra, psicólogo, psicoanalista. Miembro del Plan Director de Salud Mental y Adicciones del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

La mente es un sueño de la vida engarzado en el cuerpo

Creo que, para acercarnos a entender el papel jugado por el cuerpo y su auto y héterocuidado en la génesis de las relaciones internas o relaciones de objeto (las bases para la estructuración del yo), hemos de tener en cuenta al menos tres papeles del cuerpo desde el punto de vista relacional: el cuerpo como base del desarrollo biopsicosocial, el cuerpo como base para la contención y el cuerpo como espacio transicional entre el espacio mental (parte de la «realidad interna») y el espacio exterior (o «realidad externa»).

De entrada hemos de recordar que el **descubrimiento del cuerpo** por parte del ser humano, de cada uno de nosotros, se realiza en el **período preverbal** del desarrollo, a base de doloridas o placenteras –pero siempre emocionadas– vivencias; vivencias de hambre, saciedad, inhabilidad motriz y placer en la integración psicomotriz, molestias digestivas y ansiolisis saciada; cambios cenestésicos, viscerales, de temperatura, etc., vividos como pérdidas del continente o no; necesidades de abrazos y contacto físico; placenteras pero enigmáticas vivencias de unos olores, unos sabores, unos contactos cutáneos, un tono muscular, unos ojos-nariz-boca o una melodía «familiares», reasegurantes, repetidas... Se trata de un conjunto que se integra y desintegra por momentos, una y otra vez a lo largo del día, y que sólo con las semanas y los meses el ser humano llegará a percibir como **la madre**, el primer consuelo y la fuente de todos los placeres, pero que también sentirá en ocasiones como el más indiferente o el más cruel de los entes...

En la medida en la cual esas «sensaciones» iniciales ocurren ya en los primeros días y semanas tras el nacimiento (o, probablemente, desde antes, desde la vida

¹Versión previa de la Conferencia pronunciada dentro de la Mesa Redonda 6 del VIº Congreso de la Asociación Galega de Saúde Mental, «O saber holístico, homenaxe ó Profesor Rof Carballo», organizada conjuntamente por la AGSM, la Sociedad Andaluza de Medicina Psicósomática y la Sociedad Española de Medicina Psicósomática. Lugo 9-11 de xuño del 2005.

intrauterina: Lamour y Levobici, 1991), vale la pena recordar que su **representación mental** se va a escapar, a menudo, a la simbolización primero, y a la simbolización verbal después.

La mente, la realidad mental, como conjunto estructurado, se desarrollará precisamente a partir de la representación mental de las sensaciones, emociones y relaciones externas de esos primeros estadios. Por eso a veces he insistido en la idea de que **la mente es un sueño de la vida engarzado en el cuerpo** (Tizón, 1999). Porque a partir de ahí, a partir de la corporalidad más primitiva e inestructurada, van a surgir, estructurarse e interrelacionarse las emociones y sensaciones –y, por lo tanto, las vivencias–, dando lugar al mundo de la representación mental más elaborada, al mundo de las **cogniciones**, si ustedes quieren llamarlas así: vivencias y afectos primitivos, fantasías inconscientes y conscientes, sentimientos, pensamientos... Y en ese conjunto o amalgama, cuando aún se halla en un estadio bastante polimorfo y bastante des-estructurado, es donde se van a realizar las primeras representaciones mentales del cuerpo: antes de la integración mental de los primeros **objetos internos totales y permanentes** y, por lo tanto, antes de que sea posible **simbolizar**; por supuesto, también antes de la entronización del lenguaje (verbal) y, por tanto, de la **simbolización verbal**.

De ahí que, para entender esa relación primitiva cuerpo-mente, sea útil la metáfora del «matrimonio secreto»: es una unión estable y deseada, pero tan profunda y secreta –incluso para nosotros mismos– que sólo sale a la luz cuando surgen las desaveniencias, cuando el cuerpo funciona mal o es mal vivido a nivel mental.

Y ¿cuáles son las vías, los **instrumentos** para ese descubrimiento del cuerpo, de la **corporalidad**? Pues, como decía, siguiendo a Bion (1963), en primer lugar, las **sensaciones** y, particularmente, las sensaciones o percepciones provenientes del cuerpo. Tal vez a esas sensaciones, en un período de no estructuración o integración, es a lo que Bion llamó «elementos beta». Como he apuntado, tales «elementos beta», dadas las limitaciones del bebé y el feto para actuar sobre el mundo circundante, provienen inicialmente sobre todo de lo cenestésico, propioceptivo e interoceptivo. Esa es una de las razones para que esta fase del desarrollo psicológico «epigenético» pueda ser justamente designada como «sensorio-oral», en el sentido de Erikson («**oral-sensorial**», en mi terminología): el niño no sólo «se alimenta» o realiza el placer a través de las actividades digestivas sino, mucho más en general, de las actividades **incorporativas**. Y éstas se realizan a través de la boca y la «porción proximal del tubo digestivo», si, pero también mediante la «ingestión» a través de los órganos de los sentidos e incluso a través de órganos tales como la mano, incluidos plenamente en las primeras fantasías inconscientes orales (Corominas, 1991). Por eso, al hablar de la formación de las primeras

vivencias «psicósomáticas» hemos de recordar no sólo las aferencias procedentes de los órganos de los sentidos exteroceptivos, sino también desde los interoceptivos.

En una situación tan simple como la del bebé y el niño que se llevan cosas a la boca, entran en acción lo propioceptivo, lo olfatorio, el gusto... Es cierto que, como apuntó ya Freud, ahí el niño está experimentando un placer «oral», no solo libidinal, relacional, sino también «de conocimiento», que diría Bion; pero se están produciendo asimismo complejas aferencias, siempre teñidas fuertemente por la emoción y la visceralidad, precisamente por esa participación de las sensorialidades más profundas.

De ahí que estos aspectos sensoriales, tanto en francés como en castellano, puedan calificarse con los simples y primitivos vocablos de «bueno» y «malo»: en la medida en la cual su predominancia en la experiencia coincide con la progresiva estructuración mental de la **posición esquizoparanoide**, basada en el logro de la disociación primitiva entre lo bueno y lo malo –y, sólo más tarde, en la disociación entre el self y la madre, entre lo interno y lo externo–. Y así, hablamos de un «buen» y un «mal» sabor u olor, pues su vivenciación inicial ha quedado ligada a la escisión primitiva entre lo bueno y lo malo, lo benéfico y lo persecutorio. Sin embargo, difícilmente, podría aceptarse que posee igual sentido el decir una «buena visión» o un «buen sonido o audición»... Allí existe una primitividad, vinculada a la visceralidad, que tiñe nuestras primeras escisiones, básicas para el desarrollo de la simbolización –y, por tanto, del lenguaje–. Pues bien: es en esos momentos en los que incorporamos y «colocamos» en el incipiente espacio mental esas sensaciones provenientes del cuerpo. De ahí que tales sensaciones queden a menudo almacenadas como «elementos beta», como engramas muy poco o nada estructurados con el resto de las representaciones mentales.

Por ejemplo, todos poseemos determinado tipo de sensaciones que, como fantasías, sueños o vivencias durante la enfermedad, vuelven a nuestra mente en relación con esa primitiva experiencia del cuerpo: en unos casos puede ser la sensación de acaloramiento de la fiebre, o la de entorpecimiento del funcionamiento mental, o determinadas sensaciones cenestésicas o táctiles, etc. Son representaciones mentales particularísimas, personalísimas, fuertemente teñidas de visceralidad, pero totalmente «idiosincrásicas» y sólo parcialmente «transferibles», que nos recuerdan la existencia del «matrimonio secreto». O, más concretamente, nos avisan de problemas conyugales en la pareja: con ocasión de una enfermedad, banal o no, con ocasión de una sensación corporal, con ocasión de un sueño o fantasía... Y no hemos de olvidar que, a menudo, la primitividad de su origen queda encapsulada tras numerosas «elaboraciones secundarias» procedentes, por ejemplo, de las vivencias

que hemos procesado con ocasión de las variadas enfermedades o trastornos funcionales que, como niños y como adultos, todos hemos padecido después

Por ejemplo ¿qué importancia pueden tener para la estructuración mental, para la organización de las vivencias elementales del individuo, la repetida experiencia de dolor que retuerce una y otra vez a muchos bebés durante los «cólicos intestinales» del segundo o tercer mes? ¿Qué papel representa más tarde en la fisiología y en las vivencias o representaciones de nuestro funcionamiento intestinal y en la fantasía inconsciente de nuestro interior y de la introyección y la «elaboración-digestión?».

En definitiva, quería recordar aquí que el «descubrimiento del cuerpo», de la corporalidad, se hace gracias a la información sensorial y, particularmente, a la información sensorial más primitiva. Y se hace, se vive, además, en acción y reacción, tanto temporal como de significación, con la génesis de **lo bueno y lo malo**, las escisiones y significaciones fundamentales del ser humano. Tal vez en el momento actual podemos pensar que existe un nivel primitivo de la vida mental, en realidad **protomental** (en el sentido de Bion, 1962 y Meltzer 1985), que a veces se conceptualiza como «autístico» o de «narcisismo primario». Personalmente, he preferido llamar a esos momentos y niveles «**confusionales primitivos**» (por la no diferenciación sujeto-objeto que implican siempre). Los he puesto en relación con una **posición confusional primitiva**, dominada por las **ansiedades de diferenciación - indiferenciación, integración - desintegración, por ansiedades catastróficas** (Tizón, 1992a y b, 1994). Este nivel, parte o componente del sistema mental tiende a permanecer profundamente escindido de nuestras vivencias y representaciones conscientes y, en la vida relacional habitual, tiende a la idealización y escisión extremas del *self* y los objetos. Si ya en los primeros tiempos no ha sido modulado por experiencias «suficientemente buenas», tal vez se constituya en una «vía preferencial» para la reacción ante determinados sucesos y circunstancias vitales extremas para ese individuo. Desde luego, este nivel tiende a quedar muy escindido de las restantes partes de la personalidad, que acceden a la simbolización, al lenguaje y, por lo tanto, a la relación vehiculada a través de los símbolos y el «proceso secundario».

Sin embargo, este «nivel protomental» de Bion se halla sujeto a fuertes influencias mutuas con al menos dos tipos de fenómenos humanos: las somatizaciones y las representaciones y afectos de la vida grupal-tribal. Así, la ansiedad catastrófica que vivencian los grupos ante los cambios importantes, tal vez podría vincularse directamente a una **posición confusional primitiva**. La tendencia de los individuos y los grupos a dejarse llevar en esas situaciones por los **supuestos básicos** grupales, a subyugarse a un «líder de supuesto básico», al sacrificio de la individualidad (la inmersión en la confusión *self-objeto* y la des-diferenciación mentales)

tal vez nos indican la importancia de la ansiedad vivida y la enorme dificultad de elaborarla simbólicamente.

La otra vía de expresión de esas ansiedades y esos niveles «protomentales» es, por supuesto, la vía somática, corporal. En mi opinión, tal vez fuera conveniente pensar en un *continuum* de posibilidades de «descarga directa por la vía corporal» (Marty, 1984, 1990; McDougall, 1989) según la estructura de la personalidad y la importancia de las dificultades de diferenciación y simbolización vivenciadas en los primeros meses de la vida (¿y tal vez ya en las influencias intrauterinas?), al go parecido a lo que muestro en la tabla 1. En ese sentido puede entenderse que el contacto con determinado tipo de ansiedades no elaborables por una persona determinada pone en marcha esos «niveles protomentales» de funcionamiento, normalmente profundamente escindidos, en especial si esa patofisiología está favorecida por vulnerabilidades biológicas previas o posteriores. Según la intensidad de la vivencia y el «nicho» en el que tales niveles se hubieren «grabado» o «escondido» en el conjunto de la corporalidad y la personalidad, tendremos entonces desde las «descargas masivas», los auténticos despeñamientos de emociones no simbolizadas que se observan en las «enfermedades psicósomáticas lesionales» (Tizón, 1988), como por ejemplo en el grupo de enfermedades «Chicago Seven», hasta la utilización del cuerpo para la comunicación analógico-simbólica que se da en los trastornos conversivos y en algunas formas (más neuróticas) de somatización. El abanico de posibilidades intermedias es, desde luego, muy amplio, y va desde los «trastornos funcionales» graves, en los cuales la a-simbolia vuelve a ser dominante, hasta los trastornos por somatización que implican directamente comunicaciones, incluso en algún caso digitales, no analógicas, pasando por ese mundo pre-simbólico, de «ecuaciones seudossimbólicas» que sostiene algunos delirios somáticos o los núcleos paranoides del sufrimiento hipocóndrico.

Esquemmatizando algo la situación, podríamos hablar de un **cuerpo** (vivido como) **persecutorio**, como podríamos hablar de un **cuerpo evacuativo** (en la relación operatoria), un **cuerpo analógico** (cuando el mundo interno se expresa a través de somatizaciones) y un **cuerpo dramático**, que sirve de expresión a la relación histérica, a las reacciones conversivas y a diversos tipos de simulación —así como al mismo arte teatral en sus diversas variantes—.

A mi entender, desde el psicoanálisis seguimos sin poder dar respuestas, ni tan siquiera mínimas, al tema del por qué se expresan esas ansiedades no simbolizadas a través de órganos concretos y seleccionados. Evidentemente, hay que tener en cuenta las vulnerabilidades biológicas connatales (genéticas o intrauterinas), un terreno en el que se ha avanzado enormemente en los últimos años —y en una dirección en buena medida coincidente con las intuiciones de Rof Carballo. Tam-

bién hay que pensar que situaciones de «no contención» de ansiedades muy primitivas, mantenidas en periodos muy primitivos de la vida (incluso de la vida intrauterina tal vez) facilitan unas «vías de descarga neuro-endocrinas preferenciales» y no otras (Dantzer, 1992, Dejours, 1992, Consoli, 1992...). Y todo ello, en el período en el que la fisiología de los órganos y sistemas está aún desorganizada y es maleable, incluyendo entre esos órganos y sistemas frágiles, desorganizados y maleables a los sistemas endocrino e inmunitario. Puede hipotetizarse pues que se crean «vías de descarga anómalas» para lo no contenable, lo no elaborable —en esa época, aún no simbolizable. Y que determinadas situaciones vivenciales posteriores reactivan esas ansiedades primitivas junto con sus vías de descarga «preferenciales» —y aquí, gran parte de las polémicas entre lo psicosomático y lo somato-psíquico y sus seguidores respectivos pierden sentido, pues es indudable que hay bases biológicas para que las descargas en cada caso sean unas y no otras. Y son causas, razones o facilitaciones biológicas en cuyo conocimiento la medicina está avanzando de forma significativa: por ejemplo, en el tema del *ulcus gastroduodenal*, la *cardiopatía isquémica*, la *enfermedad asmática*, la *rectocolitis hemorrágica*, etc.

Un componente del soma que cristaliza una escisión o disociación fundamental y necesaria es precisamente la piel, barrera natural y portaestandarte de la diferenciación entre un «interior» del individuo —un «interior» inicial abigarradamente «psicosomático»— y un «exterior» al mismo.

En el sentido en el cual vengo hablando, he de recordar que la piel es, además de un límite, una barrera, también un órgano de sensaciones, intero y exteroceptivas y, como consecuencia, una **fantasía inconsciente** (Con más propiedad: la vivencia primitiva de la piel da lugar a un conjunto de fantasías inconscientes integradas en los estratos más profundos de nuestra urdimbre o entramado personal de fantasías, ansiedades y defensas). Así encontraremos frecuentemente representaciones conscientes o inconscientes de **la piel como barrera, como límite...** Pero también como matriz de las representaciones inconscientes —tan profundamente inconscientes— que delimitan y contienen un interior individual, tanto físico como mental. En este sentido, la piel la vivimos como **vinculada a la reunión de las partes del cuerpo**. He ahí, por ejemplo, la base ontogenética de las frecuentes relaciones, tanto de significación madurativa como psicopatológica, con la **identidad**: de ahí los profundos ligámenes entre imagen del cuerpo, *self* e identidad. Representaciones mentales primitivas de la piel se hallarán, alternativamente, en el base de las presentaciones conscientes e inconscientes personales del adentro y el afuera, es decir, tanto de los límites con el exterior, como del contacto con el exterior (ambos, tan vitales durante el primer año y luego, a lo largo de toda la vida). Y recordemos que las coincidencias entre la embriología de la piel y la del SNC ya han comenzado a proporcionar explicaciones sobre correlaciones dermatopsicológicas y psico-dermatológicas.

Desde los primeros días de la vida extrauterina (y probablemente antes, según apuntan experiencias realizadas con el uso de ecografías, incluso en el caso de gemelos bi y univitelinos), se origina ya la dialéctica de la piel y el cuerpo con la «realidad externa», es decir, la dialéctica del contacto y la ruptura del contacto, de las barreras y límites, de la maleabilidad, penetración o ruptura de los mismos... A partir de la fantasía inconsciente de que existen ciertos límites, pueden establecerse las bases primitivas de la identidad y la relación personalidad-mundo externo. Observando el juego antitético de **contención de un interior** de músculos y vísceras mediante esa barrera, Esther Bick (1968) pudo llegar a proponer la noción de **piel secundaria** o **segunda piel contenedora**. Aunque ella parecía en ocasiones entenderla fundamentalmente en un sentido sustitutivo, vicariante, creo que tal noción puede ampliarse a la madre que contiene con sus brazos, su regazo, su pecho, su mente capaz de «preocupación maternal primaria y secundaria», capaz de *rêverie*; la madre y sus substitutos, que proporcionan una y otra vez una «contención-integración secundaria» cuando el conjunto mal integrado del recién nacido podría disgregarse ante las dolorosas presiones del hambre, el abandono, la necesidad de contacto u otras necesidades fisiológicas...

Ampliando la idea de E. Bick con el concepto de Abelló y Pérez-Sánchez de «unidad originaria» (1984), tal vez podríamos pensar un papel de «segunda piel contenedora» (o «piel secundaria») –no necesariamente patológica, desde luego– no sólo para la madre, sino también para el conjunto de la familia como unidad fantasmática que contiene mientras transmite esa sensación-preconcepción primitiva de unidad: es la fantasía de la **triangulación originaria**. Y ampliando aún más el concepto, tal vez sea lícito atribuir un papel de **tercera piel contenedora** (o **piel terciaria**) para las representaciones mentales vinculadas con la fantasía inconsciente de la piel que se producen, como funciones y experiencias emocionales, en determinadas situaciones asistenciales y en determinados funcionamientos de las instituciones asistenciales (Tizón, 1990, 1992), cuando éstas actúan de forma contenedora.

En definitiva, hemos de recordar que **el esquema corporal** y **el self corporal** se inscriben en nuestro sistema mental o de representaciones al tiempo que las vivencias de los aconteceres con el medio externo: de ahí que sólo en el extremo podamos explicarnos situaciones o relaciones **internas** mediante el recurso unilateral a carencias o traumatismos externos; de ahí que para la explicación de la dialéctica de la identidad y, ya antes, de la génesis del **yo** y del **self**, debamos tener en cuenta tanto el monto de necesidades concretas de este bebé concreto como las posibilidades del medio, comenzando por la madre y la **triangulación originaria**, para proporcionar suficiente «alimento», contacto y sedación –no sólo físicos, desde luego– para tales necesidades: he ahí el valor hermenéutico del concepto winnicottiano de la «madre suficientemente buena».

Quiere decir con todo esto que las vivencias primitivas sobre el esquema corporal y el self corporal se inscriben en nuestro mundo de representaciones primitivas al tiempo que un dolor cólico digestivo, que una dificultad de la madre al acercar el pezón, que el sonido y melodía muy grave o muy aguda de una madre (o un padre), que una forma de coger hipertónica de un padre, que unos borborigmos maternos reiterados, etc.

He ahí unas cuantas muestras de las repercusiones que el funcionamiento corporal de la triangulación originaria posee sobre la representación mental primitiva. Si todo ello ocurre en momentos precoces del desarrollo y si la ansiedad acompañante no está suficientemente contenida, esas sensaciones, esas percepciones quedarán «almacenadas» tan sólo como **elementos beta**, rastros de sensaciones no integradas... De ahí la dudosa utilidad de las referencias e interpretaciones con objetos totales o parciales simbolizados como **desencadenantes, etiología o explicación** en el caso de pacientes con afecciones «psicosomáticas» estrictas: ya no tan sólo por «sentido común» (a veces tan escaso en determinadas aproximaciones «psicoanalíticas»), sino por motivos empíricos y teóricos.

Proseguir la reflexión clínico-teórica por estos caminos tal vez hoy nos llevaría demasiado lejos y se halla fuera de mis posibilidades aquí. Por eso preferiría terminar esta breve reflexión recordando una cita idónea para ello: En definitiva, «**El hombre se constituye, no nace con una constitución**». Lo decía en 1972, en *Biología y Psicoanálisis*, Juan Rof Carballo. Sirvan estas líneas como recuerdo y reconocimiento de ese activo partícipe de los inicios del psicoanálisis y la psicósomática en España.

Tabla 1

Propuesta de descripción de los trastornos (mentales) con expresión corporal descollante

Simulación Tr. adaptativo con Síntomas somáticos Tr. por conversión	El cuerpo «dramático»
Tr. facticio Tr. por somatización Tr. somatoforme indiferenciado Tr. somatoforme por dolor	El cuerpo «analógico»
Tr. alexitímico o «psicósomático» u «operatorio»	El cuerpo «evacuativo»
Tr. hipocondríaco Tr. dismórfico corporal Tr. psicóticos con delusiones corporales	El cuerpo «perseguidor»

Una bibliografía introductoria

- Asséo R (2004). *Que pouvons-nous apprendre sur l'inconscient à partir de l'expérience avec les patients psychosomatiques?* *Psychanalyse en Europe* 2004, 58: 109-121.
- Balint, M. (1968). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos.
- Dantzer R. (1992). *Psychosomatique et maladie: L'apport de la psychoneuro-immunologie*. *Revue Int. de Psychopathologie* 1992, 8: 513-528.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. OC 20.
- Gabbard G.O. (2005) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington: Amer. Psych. Press.
- Hartocollis, P., Lester, E.P. (1982). *New directions in affect theory*. *J.A.P.A.* 1: 197-213.
- Janca A. *Rethinking somatoform disorders*. *Current Opinion in Psychiatry* 2005;18:65-71.
- Kirmayer L, Young A. *Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives*. *Psychosom. Med* 1998; 60: 420-430.
- Klein, M. (1948). *Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa*. En *Obras Completas*, Vol. 3 (pp. 34-51). Barcelona: Paidós.
- Kreisler, L. (1991). *Les bases originaires dde l'organization psychosomatique*. *Rev. Fran. Psychosom.* 1: 169-185.
- Lamour, M., et Lebovici, S. (1991). *Les interactions du nourrisson avec ses partenaires: Évaluation et modes d'abord préventives et thérapeutiques*. *Psychiatrie de l'enfant*, 34, 171-275.
- Luban-Ploza B, Pöldinger W, Friedebert K, Laedarach-Hofmann K (eds) (1995). *El enfermo psicossomático en la práctica*. Barcelona: Herder.
- Luminet, D. *Réflexions Psychanalytiques sur l'alexitymie*. *Revue Belge de Psychanalyse*. 1985,6: 65-81.

- MacKinnon, R.A., & Michels, R. (2002). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana (1977)
- Marty, P. (1967). *La investigación psicopatológica*. Barcelona: Louis Miracle Ed.
- Marty, P. (1990). *La Psychosomatique de l'Adulte*. Paris: PUF.
- Marty, P. (1991). *Genèse des maladies graves et critères de gravité en Psychosomatique*. Rev. Franç. Psychosomat. 1991,1: 5-23.
- Marty, P. (1992). *A propósito de las psicoterapias individuales en psicopatológica*. Boletín de la Associació d'Estudis i Recerca en Psicopatológica 1992,1: 83-97.
- McDougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Tecnipublicaciones 1991.
- McDougall, J. (1992). *Del cuerpo hablante al cuerpo hablado. El periplo de la psicopatología a la psiconeurosis*. Rev. de Psicoanálisis de la APA. Número especial Internacional 1993,2: 1771-203.
- Millon, T. (1996). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson 1998.
- Pally, R. (2000). *Procesamiento emocional: la conexión mente-cuerpo*. Libro Anual de Psicoanálisis 2000; 15: 191-205.
- Recasens, J.M., Tizón, J.L. (1992). *La organización-desorganización «psicopatológica»*. En JL Tizón (dir). Salud Mental en Atención Primaria y Atención Primaria en Salud Mental. Barcelona: Doyma (pp. 210-222).
- Rosenfeld, H. (1965). *Psicopatología de la hipocondría*. En Estados psicóticos. Buenos Aires: Paidós.
- Stora, J.B. (1999). *Quand le corps prend le relève*. Paris: Odile Jacob 1999.
- Thomä, H. (1992). *Interpretación psicoanalítica del significado inconsciente de diversas perturbaciones somáticas*. Rev. de Psicoanálisis de la APA. Número especial Internacional 1993,2: 285-320.
- Tizón, J.L. (1988). *Recuerdo (parcial) y repetición. Notas acerca del concepto de realidad a partir de la clínica psicoanalítica*. Rev. de Psicoanálisis de Madrid 8: 7-45.