

# **39 ASPECTOS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS, DISTANCIA OPORTUNA, LENGUAJE Y PSIQUISMO, (II): LOS AFECTOS, LAS NEUROSIS Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

## **CONTENIDO**

- 1. Introducción**
- 2. Sobre la génesis de los trastornos en psiquiatría**
- 3. Sobre la distancia oportuna y la psiquiatría**
- 4. Trastornos mentales y realidad**
- 5. Sobre supuestos de base**
- 6. Sobre los afectos**
- 7. Sobre el estado del humor**
- 8. Sobre el estado de animo**
- 9. Sobre el estado vital**
- 10. Sobre las querencias**
- 11. Sobre las neurosis**
- 12. Sobre la personalidad y sus trastornos**
- 13. Sobre identidades y rasgos**
- 14. Sobre el sistema psíquico relacional y sus consecuencias**
- 15. Algunos aspectos de las reacciones, las neurosis y los trastornos de personalidad**
- 16. Tipos de trastorno de personalidad**
- 17. Notas finales**
- 18. Bibliografía**

## 1. INTRODUCCION

- **En la segunda parte de este trabajo continuaremos insistiendo en la que es a todas luces probable heterogeneidad etiológica psiquiátrica, y también seguiremos apoyando la homogeneidad clínica que nace del peso definitorio de la identidad y de la consciencia en el ser humano.**

La misma libertad y libre albedrío son un negocio de la consciencia. Nos situamos de partida en una posición compatibilista y pensamos que la libertad es aquello que surge al pensar que la poseemos cuando decidimos hacer “x” pudiendo (así sea ilusorio) no hacerlo. Tener libertad es igual a creer que se la posee. Como dice Frankfurt (1) un agente es libre si actúa conforme a los deseos que desea tener (deseos de segundo grado).

- Revisaremos en esta parte algunos aspectos sobre la génesis de los trastornos, particularmente mencionaremos la especial significación, desde nuestro punto de vista, del concepto de distancia oportuna. El estudio de los supuestos de base y del mundo de los afectos precederán a los trastornos neuróticos y a los de la personalidad. Queda para la tercera parte lo que incumbe a las depresiones en general y lo que se refiere a los distintos ámbitos de lo psicótico.

## 2. SOBRE LA GENESIS DE LOS TRASTORNOS EN PSIQUIATRIA

- Evocaremos tres factores que a pesar de su banalidad conviene recordar como argumentos esgrimidos frecuentemente para incidir en la causalidad (“somática” por tanto) en psiquiatría:
  - La repetición sostenida de determinados trastornos (que con alguna indefinición se identifican sistemáticamente con lo cíclico, es decir: con el tiempo y la cronobiología), sobre todo cuando no se aprecian motivos desencadenantes sólidamente significativos.
  - La aparición progresiva en algunos trastornos de un disfuncionamiento, o incluso de un deterioro sobre todo cognitivo, que pareciera ser independiente de factores ambientales como el hospitalismo o el rechazo educativo o social.

- La monotonía sintomática profunda y, al parecer, la relativa estabilidad en la incidencia y prevalencia de algunos trastornos en las diversas sociedades y culturas.
- Críticas sobre la equiparación de todo lo repetido con lo cíclico, o reconsideraciones sobre los supuestos deterioros, o la también monótona constancia de la importancia, por ejemplo, de lo mítico o de los valores socioculturales, expresan las dudas nacidas en otras corrientes. Las sorpresas evolutivas e incluso la aparición (o desaparición) de determinados trastornos en ciertos colectivos son para algunos un argumento para la psico-socio-génesis, y para otros el puro mostrarse de la patoplastia.
- ¿No es todo esto la vieja lucha entre por un lado el holismo y por el otro la parte o el componente elemental?. ¿Es seguro que no se trata más que de un periodo de libertad condicional de los viejos acercamientos psiquiátricos mientras llegan los trozos mínimos, digamos, neurológicos o genéticos?. Desgraciadamente para la ciencia, las respuestas –hoy- siguen siendo fundamentalmente ideológicas.
- Haría falta una espada como la de Alejandro para poder separar las cuerdas anudadas de ese salto en el vacío que es el pasaje de la lógica del pensamiento y del lenguaje verbal a la lógica neurobiológica, para lograr desplazarse de la causa al motivo.
- Los tímidos titubeaban convencidos por el último libro leído, las poderosas mentes postulan soluciones que resultan más que provisionales, los atrevidos hablan de viejos problemas enunciando que ya están resueltos, y los demás se desplazan por estos parajes construyendo pseudosoluciones que –en realidad- son apelaciones a la “caja negra”.
- Nosotros también hemos propuesto una (caja): la “zona de enlace” que cruzaría (casi míticamente) el sustrato corporal y el Fondo psíquico (Zuazo, 2). Postulando ese espacio para los momentos psíquicos de alguna entidad, nos queda recurrir a un – también mítico- microsustrato como sustento “físico” de, esta vez, cualquier acontecer psíquico.  
Siempre nos queda dejar la pelota en campo ajeno a la espera de que sea la biología (en su sentido material más clásico) quien cambie lo suficiente como para acogernos.
- Las relaciones sustrato corporal / Fondo –Contenido son un juego de solicitudes y de ofertas:
  - **El Fondo (psíquico), que ocupa metafóricamente un espacio intermedio, solicita y recibe las ofertas del sustrato corporal (a través de la zona de enlace que apela a clases –por ejemplo- de afecciones o de querencias no nominadas). Desde el plano del Contenido del lenguaje verbal todo es un negocio de encuentros entre ofertas y solicitudes. Las solicitudes funcionan como bombas de aspiración u**

### **ofertas (propuestas desde el Fondo o desde el lenguaje verbal/Contenido).**

- En el funcionar del cerebro puede haber anomalía o disfunción pero no engaño, soy yo (o tú) quien engaña o quien se engaña. Si pretendemos entenderlo de otro modo habremos de cambiar el sentido de los términos tal como los utilizamos. ¿Qué es una intención sin sujeto?. Si creo que el (mi) cerebro me engaña es porque llamo engaño a un correlato, así sea causal, o –por ejemplo- a un camino asociativo neurobiológico, o a una implícita memoria.
- **La querencia ocluida (que carece de oferta-Contenido) es una querencia no nominada (Zuazo, 3) que corresponde a un “apetito deseante” o una “querencia apetitiva” (es decir: la forma que cobra el apetito tras el desarrollo-maduración de la adquisición del lenguaje verbal). Con la oclusión (que es a la vez afirmación o constancia de un opuesto) el material ocluido no tiene acceso consciente (no es nominado); no obstante su acción, sobre el modo de la visión ciega (querencia ciega en este caso) se ejerce lateralmente a través de las asociaciones en el Fondo (con el surgimiento de nuevos Contenidos).**

### **3. SOBRE LA DISTANCIA OPORTUNA Y LA PSIQUIATRIA**

- Hacemos con lo que tenemos / somos (disposiciones).
- Pero las ganas (querencias) de hacer x o y proceden también en buena medida de nuestras disposiciones. También el “tempo” del cómo hacemos.
- Nuestras disposiciones únicamente se actualizan en un campo (un medio) que las posibilite o las solicite.
- El lugar donde nacen las querencias (individuo somático-psíquico) y donde se solicitan y posibilitan forman, a efectos empíricos, una unidad muy difícil de ser aproximada y estudiada según su distribución en partes.
- Esos trozos de experiencias que son los síntomas y esos trozos de captaciones que son los signos clínicos, corresponden al producto de un juego de equilibraciones que buscan la preservación de la distancia oportuna (en su sentido general). Ahí se halla para nosotros el espacio de la psiquiatría.

- El uso, que distingue a la psicopatología de los campos –a grandes rasgos- neurobiológicos, se inclina también hacia su finalidad, tema implícito a todo útil. De esta manera, identidad, distancia oportuna y uso conforman el juego de espejos, caleidoscópico, de la psicopatología y de la psiquiatría.
- **El carácter de la distancia oportuna (Zuazo, 4) no es sino reflejo de las características supuestas del Alter y de las disposiciones propias (como Ego). El cómo se construyen esos Alteres y ese Ego flotante en las relaciones será fruto de mil y un avatares más allá de complejos y variables.**
- **Que determinados elementos sintomáticos de la clínica psiquiátrica nazcan casi directamente del sustrato corporal no significaría sino que la psiquiatría –actual- es heterogénea, acogiendo en su seno grupos clínicos que serán en el futuro a diferenciar y distanciar (tal vez permaneciendo, como acontecer psiquiátrico, sus consecuencias, éstas sí tema de uso).**

#### 4. TRASTORNOS MENTALES Y REALIDAD

- Entendemos por realidad del mundo (como totalidad que nos comprende también a nosotros mismos) la suma integrada de aquellas parcelas que una vez captadas toda argumentación sobre su existencia tiene una fuerza de convicción menor que la pura constatación. Tal constatación construye la realidad (para mí). La realidad se capta, pero en la realidad se vive.
- La propuesta de dos armonías –problemáticas- rápidamente nos inundan: armonía entre las diferentes “mis realidades” de los diferentes individuos: armonías entre mi realidad –como captación / construcción- y la solicitud de un mundo, llamémoslo, “en-sí”.  
La primera nos hablará de locuras y corduras, la segunda de soledades e isomorfismos.
- Tres ámbitos compartidos –el de lo personal, el del mundo “real” y el del mundo social son asunto de uso; tres organizaciones- las senso-perceptivas y motoras espacio-temporales, las de las reglas lingüísticas, y las de las reglas lógicas inductivas y deductivas- son tema instrumental.

- **Según la instalación del individuo en la realidad distinguiremos tres tipos de alteraciones con respecto a los ámbitos compartidos que se expresan en el uso:**
  - **El de las neurosis y otros trastornos en los que las alteraciones tienen que ver con los diferentes aspectos del sentido que cobran los nudos y enlaces de la realidad para el individuo.**
  - **El de las psicosis intermedias donde las alteraciones tienen que ver con los propios nudos y enlaces de la realidad; aquí no se dan modificaciones de las parcelas de realidad existentes (“experimentadas”) sino creación de nuevos nudos y enlaces que se sobreañaden.**
  - **El de las esquizofrenias, las depresiones melancólicas y las manías donde se altera la realidad captada-elaborada por modificación de los nudos y de los enlaces que la integran.**

Dada la gravedad progresivamente más perfilada según las alteraciones descritas, cada uno de los pasos posteriores podrá asumir las alteraciones del anterior: es el caso por ejemplo en las esquizofrenias de las alteraciones del sentido y de las alteraciones en torno a nuevos nudos y enlaces sobreañadidos a las deformaciones de base propiamente esquizofrénicas.

- **En las psicosis intermedias las querencias contradictorias se presentan en la misma unidad de tiempo. La elaboración mediante el símbolo, según el camino que hemos denominado Sb2 (Zuazo, 5), funciona como un destello que genera (o señala) los elementos nuevos que se añaden deformando la realidad con particularidades que los distinguen de los originales.**

El delirio y la alucinación intermedia son nuevas facetas de la realidad adheridas a las compartidas: aunque la adhesión sea total se da la capacidad de diferenciarlas.

- Las querencias y las captaciones incumben a situaciones que ponen a prueba tanto la toma de distancia mediante la imaginación productiva (fantasía), como la distinción de rasgos en cuanto “míos” o “no míos” (“tuyos”, “de él”).

**La realidad se colorea con la elaboración del símbolo en las querencias contrarias (Sb1) neuróticas, pero los asideros permanecen por más que la barca se mueva en los vaivenes del conflicto.** Lo mío y lo no mío pueden ser desgastados y variados, pero únicamente de manera accidental, en sus bordes. De hecho tampoco en las psicosis intermedias, y quizás tampoco en las psicosis, hay dudas –o alteraciones- con respecto a quién es el sujeto de la experiencia; las transformaciones de la realidad, cualquiera que ellas sean, tienen más que ver con quién es el agente de la acción o el “propietario” de la querencia.

- **En las esquizofrenias, aún cuando puedan darse, como decíamos, alteraciones menos severas, lo propio son los cambios idiosincrásicos de la instalación en la realidad, que es tanto como**

**decir los deterioros de la realidad compartida (o a compartir). La suma de contradictorios que hemos situado como absolutos son de hecho resistentes a una franca elaboración.**

- **Las depresiones melancólicas o las manías tocan la realidad de manera diferente pero siempre profunda y lo hacen sobre todo por desdiferenciación.** La capacidad de fruición -en el sentido zubiriano (Zubiri, 6) tomándonos algunas libertades- es imprescindible para destacar los materiales de un continuum relativamente indiferenciado: la realidad sin esas facetas se diluye o se hace opaca. Volveremos sobre ello.

## 5. SOBRE SUPUESTOS DE BASE

- **Los supuestos de base se comportan como grandes axiomas que crean las condiciones amplias de donde se parte en las cadenas inferenciales y, en alguna proporción, asociativas (Zuazo, 2). Axiomas que están asentados en las características del sistema psíquico relacional (SPR) biográficamente construido.**

También una línea de inferencias puede brotar de una constatación o captación. Aunque pueden llegar a confundirse los caminos, pensamos que conviene diferenciar los materiales psíquicos nacidos desde los axiomas, o condicionados por ellos, de aquellos que parten o toman en cuenta una particular impresión, captación o constatación no axiomática.

- Un ejemplo del peso del axioma son las nominaciones y las denominaciones presentadas como “el mundo es peligroso, es un mundo de lobos... por lo tanto”. Bien es cierto que también se trata de una captación (“es así”) sin embargo el axioma es, pudiéramos decir, interior al sistema (cognitivo y de la lengua), aunque originalmente parezca nacer en el Fondo no nominado.

La segunda alternativa sería de origen más mecánico, un poco como en los automatismos de Clérambault (7). Los llamados fenómenos elementales en la esquizofrenia, cualquiera sea su origen, se dibujan fundamentalmente como exteriores al sistema, sistema que debe digerirlos y elaborarlos según su propia organización y estructura.

- Más allá de los fenómenos elementales de las esquizofrenias, evoluciones francamente delirantes en las depresiones melancólicas y en las manías se nutren de giros semejantes. Experiencias, captaciones inmediatas, en torno a las variaciones de la aceleración y de la velocidad en el despliegue temporal psíquico (o a sus

inmediatas consecuencias) parecen estar en el origen de experiencias (nominadas) de control y manipulación externos.

## 6. SOBRE LOS AFECTOS

- Entendemos por afectos aquellas captaciones que tienen por objeto al mismo individuo captante y que poseen un carácter global. Contrariamente, por ejemplo, la interocepción y la propiocepción tienen que ver casi siempre con aspectos parcelarios (vs. globales).  
Esa globalidad es unificación vivencial; cuando por ejemplo partimos de una cognición –digamos corporal- pronto las arenas se nos van entre los dedos y resulta claro que nos desplazamos entre afectos. Por otra parte, la globalidad puede adscribirse predominantemente al cuerpo (quizás más apropiadamente a la corporalidad), o al psiquismo en sentido restrictivo.
- Lo manifestado no impide que los afectos hegemónicamente psíquicos puedan concernir a una mayor o menor amplitud de la totalidad; pero en todos los casos atravesando la identidad. Por razones de corazón (vs. razón) y por su carácter globalizante, los afectos pesarán grandemente en los temas psicopatológicos. La aprehensión global de uno mismo conlleva adhesiones parciales y apoyos en facetas que van a definir las especificidades de los diferentes aspectos psicológicos.
- Toda senso-percepción me afecta, pero esta afectación del “me afecta” es diferente a cualquiera de esas senso-percepciones; la afectación es en este último caso lo propio, el “me” que se confunde con ella. Confusión no inespecífica sino capaz de diferenciarse según lo evidente que “me aparece”.  
Los afectos ponen en primer lugar a la propia organización de la captación.
- Todo acontecer psíquico consciente está según nuestra orientación bañado por el afecto desde el momento en que el Contenido –en el lenguaje verbal- comporta, en su intimidad, la presencia del significado relacional (Zuazo, 2). Pero más allá de esta generalidad vamos a distinguir algunos campos diferentes en el capítulo de la afectividad; mencionaremos sucesivamente el estado del humor, el estado de ánimo y el estado vital, para terminar con el conglomerado de las querencias.

## AFECTOS

- ESTADO DEL HUMOR  
Capacidad de fruición.  
Impulsos / Aceleración
- ESTADO DEL ANIMO  
Sumatoria de las afecciones  
(emociones y sentimientos)
- ESTADO VITAL  
Lo temperamental y vital
- QUERENCIAS

### 7. SOBRE EL ESTADO DEL HUMOR

- Delay (8, p. 1) hacía del humor continente de todo lo afectivo: “El humor es en la esfera tímica que engloba todas las afecciones lo que es la conciencia en la esfera noética que engloba todas las representaciones, es a la vez la manifestación más elemental y la más general”. Colocaba el humor como una “disposición” que “da a cada uno de nuestros estados del alma una tonalidad agradable o desagradable...”. Continente y contenido, el humor desde esta perspectiva creemos que nos deja poco más o menos donde estábamos: casi un equivalente de la afectividad que todo lo comprende y –a la vez- es atributo de todo acontecer psíquico.
- **Para nosotros el estado del humor como fondo general se confunde con la capacidad de fruición (Zubiri comentado por Barroso 9, p. 142), de disfrute en la sintonía con uno mismo y con el mundo. La fruición toma aires pre-predicativos y desempeña una fundamental función en la captación de la realidad. Expresa el “cómo uno está” o “cómo a uno le va” en el sentido de Heidegger (10). Presenta una organización bipolar y se aplica a la diferenciación de cosas, Alteres y situaciones –precisamente- por la capacidad de vibración implicada, ella misma diferenciante. El ímpetu para el funcionamiento se hunde en las depresiones melancólicas al caer en una aceleración variable pero cercana al cero, con todas sus consecuencias. La aceleración crece exageradamente en la manía con la incapacidad de vivir en un presente sin saltos y sobresaltos. Esta bipolaridad no es absoluta, ambos extremos comparten los daños en la capacidad de fruición. Tristeza melancólica y manía, no son afecciones (emociones y sentimientos).**

- La pérdida de empuje o el desinterés, desde el abordaje propuesto, podrían no encontrarse en el inicio de los acontecimientos pudiendo ser efectos de esa ausencia de la capacidad de fruición. De igual manera a como la calma no es la falta de afección sino el equilibrio de las afecciones, el bienestar con capacidad de gozo y de sintonía requiere la armonía en la captación diferenciada del mundo según cognición y disfrute. Si esto último falla, no es que nada me interese, sino que incluso nada aparece nítidamente, nada destaca en un trastorno que trastoca la realidad.
- Las variaciones según la gravedad en la clínica de las depresiones melancólicas muestra que la pregnancia de la dificultad en la fruición es variable. Parcelas del mundo y de nosotros mismos se ven alteradas por los trastornos sin que otras lo sean, al menos, con la misma carencia.
- El humor, entendido desde la capacidad de fruición, no es continente general de la afectividad, sino componente fundamental de ella (de los afectos). Como continentes y contenidos, el estado de ánimo es a cada afección, lo que el estado vital es a los afectos temperamentales y vitales, o lo que el estado del humor a cada “me gusta” / “me disgusta”.

## 8. SOBRE EL ESTADO DE ANIMO

- **El estado de ánimo está integrado por el conjunto de afecciones (emociones y sentimientos) y se presenta como la resultante de la sumatoria y juego de hegemonías de esas afecciones.**

La afección, escribíamos (Zuazo 11, p.217), se define como un sentir que supone la modificación del individuo por cualquier proceso psíquico y que va más allá de la elaboración de tal proceso. Ese “más allá” tiene que ver con modificaciones del propio individuo (y no con la elaboración del estímulo que ha iniciado el proceso).

- **La afección (emoción y sentimiento)** no se localiza en ninguna parte del cuerpo o, si lo hace, toca al cuerpo de forma inespecífica y sin relación espacial con estímulo concreto alguno.

Las afecciones son los sentires nominados en el pleno desarrollo del sentimiento; son la consciencia de los modos como el Ego es afectado en sus relaciones con los Alteres, y de las formas como la corporalidad expresa su deambular vital.

## 9. SOBRE EL ESTADO VITAL

- **El estado vital aúna los afectos temperamentales y los afectos vitales. Ambos estados poseen en común lo que suele presentarse en la literatura como propio de lo “vital”.** Este estado se llena de captaciones cargadas de afectos -¿o son ellas mismas afectos?-, que se traducen en una forma de sentir nuestra corporalidad y nuestra identidad; sin embargo no son afectos reactivos (al menos en un primer abordaje), aunque sí pueden darse como acompañantes de otras reacciones.  
**Los afectos temperamentales podrían pues presentarse más como aspectos, componentes o características de los afectos.** Los afectos vitales negativos podrían resumirse (dejando fuera las afecciones mencionadas en los estados de ánimo) como particulares tristezas, como dolores psíquicos (en constataciones del mal en general) y como ansiedades también específicas cargadas de corporalidad (en anticipaciones de ese mal).
- Aunque en estos asuntos resulta de toda evidencia difícil o imposible distinguir los diferentes procesos, citaremos a Tous (12, p.8) quien afirma que “en toda conducta humana independientemente de su contenido y dirección siempre está presente la actividad y la reactividad. Tanto en las conductas emocionales, como en las conductas motoras, como en la actividad mental es posible observar la activación y la reactivación como funcionalmente relacionadas respecto a la necesidad de estimulación y al control de la estimulación”. A este capítulo se refiere el temperamento.
- Alonso Fernández (13, pp.615-616), comentando las clasificaciones de Scheler, (14) dentro de las cuatro “modalidades de sentimientos”, describe los sentimientos vitales como estados corporales difusos que nacen en el “yo corporal”; se refieren a uno mismo mediante la conciencia unitaria de nuestro cuerpo informándonos sobre “los ascensos y descensos de la vida en la salud y en la enfermedad y, por tanto, no se derivan de los sentimientos sensoriales ni de los acontecimientos externos...”. Los sentimientos vitales giran alrededor de la calma, la tensión, la rigidez, el vacío interior, la plenitud, etc.
- K. Schneider (15) distinguía entre las sensaciones vitales o corporales aquellas que eran difusas (como la frescura, el cansancio o la fatiga) y que se bañan también en la corporalidad como conjunto. Este tipo de sentimientos o sensaciones, según las terminologías, a veces se confunden con las captaciones cenestésicas (verdaderas percepciones primarias para Scheler-14).  
En cualquier caso según K. Schneider (15, p.184) lo que define al sentimiento es su cualidad de agradable / desagradable, de ahí la dificultad de distinguir en ocasiones entre sensación y sentimiento. Habría sentimientos corporales localizados (dolores de aspecto psicógeno, ansiedades “corporales”) y “a la postre (p.187) todo sentimiento somático localizado o difuso (vital) sería ‘psíquico’...”.

- **Sea asentado en la motivación, en el estilo como manera de hacer, o en la aptitud, el temperamento puede imaginarse en sus diferentes dimensiones como ladrillos que construyen paredes y casas, y que aún desde una lógica distinta contribuyen al transcurrir de la afectividad (especialmente en sus exageraciones o posiciones extremas).**
- A estos aires temperamentales, que colorean también los afectos, por comodidad de lenguaje los hemos denominado afectos temperamentales. Serían ante todo no reactivos (vs. constitutivos) y subjetivamente son modos de vivirse las dimensiones temperamentales. Se aplican a la actividad (asimilación) y la reactividad (acomodación). En principio no se ocuparían del contenido o dirección, presentándose un poco como el volumen o el tono del sonido en el marco de la melodía y de las armonías musicales.
- **De forma básica diferenciaremos en lo temperamental aquellos bordes relativos a:**
  - **El nivel: intensidad, energía.**
  - **El curso: velocidad, labilidad, persistencia.**
  - **El umbral: grado de excitabilidad.**

**De forma claramente híbrida pero con fuerte peso temperamental distinguiremos las zonas de:**

- **El control: impulsividad, grado de control.**
  - **La relación: excitación (apacibilidad), irritación (calma), introversión y extroversión.**
- Las alteraciones en el estado vital nos acercan al trastorno instrumental (neurológico, por ejemplo). Debemos de tener en cuenta sin embargo:
    - La dificultad para distinguir con precisión esta modalidad de afectos, lo que nos lleva a menudo a dejar entre paréntesis este tipo de manifestaciones al centrarnos clínicamente en las consecuencias relacionales.
    - Que los afectos temperamentales se implican con los fenómenos clínicos de los CCEs, que pueden exagerar (p.ej: alta excitabilidad en el impulsivo), camuflar (otro tanto en el depresivo), o simplemente variar (Zuazo, 16).
    - Que los afectos temperamentales y vitales deben influir en la propia estructuración biográfica del sistema psíquico relacional (SPR), en uno u otro sentido (Zuazo, 2).
    - Que se dan zonas confusas de combinaciones entre lo temperamental-vital y las afecciones.

## 10. SOBRE LAS QUERENCIAS

- **Hemos distinguido (Zuazo 17, p.354) las querencias inclinaciones (querencia (i)) de las querencias voliciones (querencias (v)). Las primeras pueden ser parafraseadas aproximadamente como “amo x”, “me gusta x”. Las segundas tienen que ver con el “quiero” ejecutivo de la propuesta de hacer. La querencia (v) es el deseo formulado. En lo que se refiere al acto que va a ejecutarse, la voluntad-intención abre o cierra, pone en marcha o rechaza. (en el sentido de la “intención en acción” de Searle, 18).**
- Las querencias son materiales psíquicos conscientes fruto de las nominaciones. Podemos realizar los paralelos que siguen: el apetito es a la querencia lo que la sensación es a la percepción y lo que la emoción basal es al sentimiento. Sin embargo, una vez adquirido el lenguaje verbal y alcanzada la maduración-desarrollo correspondiente, apetito, emoción y sensación sufren los influjos de tales acontecimientos evolutivos.
- La afectividad cubre principalmente las querencias-inclinaciones, la querencia-volición es afectiva cuando comporta, también, la querencia (i). Esta última suma una doble vertiente: el “me gusta hacer x” como pura afección a posteriori (después de hecho x, o-en todo caso- imaginando productivamente ese final), y la inclinación del “tengo ganas-me gusta x” donde se da alguna preparación intencional y, por lo tanto, responsabilidad. La querencia (i) es en cierta manera, además, un anhelo que se proyecta en el futuro y llama a la querencia (v).
- **El deseo completo en su estructura es la suma de la querencia (v) y de la previa querencia (i). Lo que la emoción sentimental (emoción tras el nacimiento del sentimiento) es al sentimiento, lo es el apetito deseante al deseo (o la sensopercepción a la percepción).**
- **La inclinación general corresponde a lo estructural de la corporalidad y al SPR inmersos en el medio.**

$$\frac{\text{Emoción sentimental}}{\text{Sentimiento}} = \frac{\text{Apetito deseante}}{\text{Deseo}} = \frac{\text{Sensopercepción}}{\text{Sensación}}$$

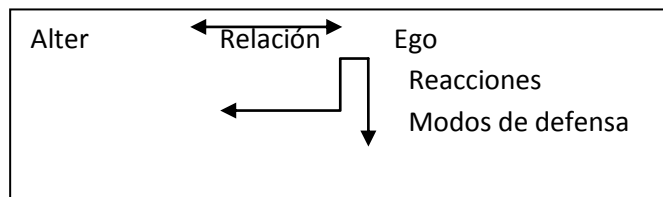
## 11. SOBRE LAS NEUROSIS

**Siguiendo en gran medida vías clásicas y repetitivas, nos encontramos con seis conjuntos clínicos elementales (CCEs) neuróticos diferenciados; en cada uno de ellos distinguiremos los fenómenos clínicos más significativos y las particularidades relacionales en torno a los excesos en la unión o la separación (según los Alters concernidos). Los conflictos requerirán la elaboración de los contrarios mediante el símbolo en la versión que hemos denominado Sb1 (Zuazo, 2).**

- Ciertos fenómenos clínicos van a concernir a las afecciones desencadenadas y otros a las reacciones y defensas cognitivo-afectivas y comportamentales de origen fundamentalmente automático (sean conscientes o no conscientes).  
Cada CCE neurótico diferenciado concernirá: al carácter de la intromisión, o al de la pérdida y la separación; al tipo de querencia (poder, sexualidad, integralidad e integración, efectividad y potencia, valor, etc.); al Alter concernido (según barreras de género y generacionales); al carácter e intensidad del trauma-frustración; al conflicto cuando las oposiciones de querencias se muestran contrarias (Zuazo, 19).
- Excesos relacionales y conflictos tienen que ver para su detección y, en general, para su captación cuantitativa y cualitativa, con las características constructivas del individuo y, en especial, con la definición del SPR.
- La referencia a los Alters primordiales, tanto en los excesos relacionales como en los conflictos, significa –en el aquí y ahora de la clínica- que las experiencias relacionales con los Alters actuales (sustitutos en ese sentido) se mezclan y se cargan de significación por su enlace con esos Alters primigenios y modeladores (Zuazo, 3).
- Tanto en las neurosis como en las depresiones y psicosis intermedias, las alteraciones psicopatológicas vienen definidas en primer lugar por las características relaciones: sensibilidades del Ego, formas de interacción del Alter y modos defensivos reactivos inmediatos; siempre con la consideración de que tales encuentros se producen en un medio determinado (interno en el SPR, externo en lo interpersonal).  
Los constituyentes del Alter para el tema que nos ocupa serán su posición como objeto directo de la querencia, su situación como ayudante u oponente de los anhelos (haciendo especial hincapié en la agresividad) y su carácter de garante de cuidados.
- En un segundo lugar podrán presentarse, o no, los conflictos de opuestos (contrarios o contradictorios) definiéndose los modos de las neurosis, de los trastornos de la personalidad y de las psicosis intermedias:

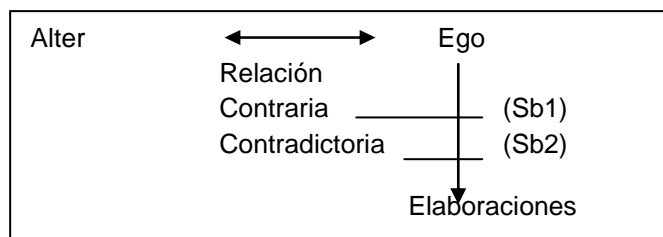
- Tendremos alteraciones con manifestaciones únicamente de la serie traumática, con defensas tipo “controlarme”, variabilidad, evitación, adhesión, “controlarle”.
- Cuando se añade la perspectiva conflictiva, con la elaboración mediante el símbolo (Sb1) o (Sb2) según los modos, se manifestarán tras la oclusión las clínicas de la transformación en su contrario, de la traba o paralización, de las transitividades, de las difusiones, o de las elaboraciones contradictorias psicóticas intermedias

Expresión gráfica de la perspectiva traumática:



Contexto

Expresión gráfica de la perspectiva conflictiva:



Contexto

- El CCE obsesivo y el histérico son fundamentalmente de índole conflictiva, los temerosos (evitador y dependiente) presentan un fuerte componente ligado al exceso relacional y pueden manifestarse dominados por la vertiente traumática y la frustración:

<b>CONJUNTO CLINICO ELEMENTAL (CCE)</b>	<b>FENOMENOS CLINICOS</b>	<b>EXCESOS (Ex) RELACIONES Y CONFLICTOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obsesivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar-Me               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Obsesión</li> <li>-Dudas sucesivas</li> <li>-Repeticiones</li> </ul> </li> <li>• Transformación en lo opuesto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ex de unión –intromisión del Alter del mismo sexo. Clínica agresiva en torno al poder.</li> <li>• Gran temor hacia la propia agresividad (desencadenamiento recíproco en el Alter).</li> <li>• En el conflicto, a la vez, anhelos de proximidad con el Alter.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histérico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variación               <ul style="list-style-type: none"> <li>-“Ahora sí” (Seducción)</li> <li>-“Ahora no” (Rechazo)</li> <li>-Variabilidad</li> <li>-Inautenticidad (confusión persona-personaje)</li> </ul> </li> <li>• Traba</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ex de unión con el Alter de distinto sexo objeto de la querencia.</li> <li>• Vivencias de intromisión peligrosa con respecto a la misma relación y a las complementarias ligadas al poder.</li> <li>• En el conflicto: a la vez, anhelos de proximidad con los Alteres.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temeroso Evitador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huida Inhibición               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Evitación</li> <li>-Episodios vergonzosos</li> </ul> </li> <li>• Transitividad de la agresión               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fobias (agresión)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ex de unión con Alteres cuidadores vivido como peligro de anulación.</li> <li>• Suma de los espectros del poder y de la sexualidad en los mismos Alteres con clínica mixta (obsesivoide, histeroide, sensitivoide).</li> <li>• En el conflicto, suma de querencias contrarias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temeroso Dependiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Episodios “egoístas” sin pudor.</li> </ul> </li> <li>• Apego ansioso.</li> <li>• Transitividad del abandono               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Temores fóbicos (pérdida)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ex de separación con Alteres cuidadores vivido como abandono.</li> <li>• Suma de los espectros del poder y de la sexualidad con variaciones semejantes al T. evitador, añadiéndose la clínica posible depresiva.</li> <li>• En el conflicto: suma de querencias contrarias.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pena, tristeza</li> <li>• Desvalorización</li> <li>• Culpabilidad</li> <li>• Rabia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ex de separación respecto al Alter variando la clínica según las características de la relación.</li> <li>• En el conflicto: suma de querencias del “querer tenerlo” o de que “viva” (y sus contrarios).</li> </ul>
---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- En la elaboración mediante el Sb1 cada dimensión semántica inicial termina fracturándose en dos dimensiones monopolarizadas (Zuazo, 20). En la obsesión, el Sb1 suma los dos polos contrarios del –por ejemplo- “quiero agredirle”, “quiero no agredirle”; ese Sb1, por razones biográficas (individuales-socioculturales), tomará un objeto simbolizante capaz de asumir el doble significado opuesto en el plano del Contenido. En nuestro ejemplo en el que un individuo masculino mantiene un complejo ritual para evitar pisar determinadas baldosas del suelo, la dimensión semántica “quiero cuidarle-quiero agredirle” se desdobra tras el Sb1 en dos dimensiones: una en torno al primer polo “quiero cuidarle mucho-quiero cuidarle poco” referida al Alter problemático y otra, “quiero agredirle mucho-quiero agredirle poco” referida a las baldosas.

El movimiento general permite ocluir neuróticamente el “quiero agredir” al Alter siguiendo este pasaje marcado por la transformación en su contrario.

- De índole histérica serían las elaboraciones de los ejemplos tomados esta vez entre los cuentos infantiles de la Bella-durmiente o del Príncipe-sapo. En el primero se introduce la traba histérica (Zuazo, 21) en el movimiento del “quiero acostarme con la Bella” mediante su inmovilidad durmiente. La fractura y monopolarización nos deja las dos dimensiones semánticas (“quiero acostarme mucho-poco” y la correspondiente al carácter “mucho-poco durmiente”). En el Príncipe-sapo, la traba está fundida con la repugnancia: “quiero acostarme pero me da asco”. Las dos dimensiones conciernen al anhelo inicial y a la dimensión del rechazo.
- En el caso de los conflictos en la psicopatología temerosa, aunque el juego de oposiciones querenciales siempre tiene que ver con las propias querencias (“yo quiero...”) éstas van a lanzarse hacia las atribuidas al Alter: “yo quiero agredirle (y sus alternativas) porque él quiere agredirme”, o “tú quieres agredirme (y sus alternativas)”.

En las neurosis temerosas evitadoras la contrariedad y la elaboración se presentan como sigue:



- **La clínica de la ansiedad** es multiforme. Desde la angustia en el sentido freudiano de señal (Freud, 22) exhibida allá donde cualquier estímulo resulta excesivo o el sistema psíquico-sin mayores especificaciones- cruje, hasta la ansiedad organizada establemente, las posibilidades clínicas son innumerables. Subrayaremos no obstante algunos elementos:
  - La ansiedad que notifica y que expresa el crujir que sugeríamos se tiñe de lo que se avecina, anticipando.
  - Y luego, remachando, se expresa la elaboración neurótica, psicótica intermedia, esquizofrénica, etc.
  - Como síntoma (y signo) muy general, la ansiedad se intrinca con el cuerpo y con lo temperamental y vital.
  - La ansiedad señal -esta vez con respecto al SPR- también se manifiesta al anticipar los excesos relacionales (en la intromisión y en la pérdida o separación).
  - La clínica ansiosa se mezcla, a veces diferenciándose y a veces confundándose, con la depresión y con la excitación desmesurada, también con las sensaciones pseudovertiginosas (Quinodoz, 23) de aspiración (ser absorbido), de temor a ser soltado, de fusión, de expansión e incluso de competición más “triangular”.
  
- Todavía en el campo de las neurosis, pero con algunas particularidades que les hacen originales nos encontramos con los CCEs sensitivo, narcisista e impulsivo (Zuazo, 16). Pertenecen a lo neurótico en tanto incumben tan solo al sentido que cobra para el individuo la realidad, predominantemente, consensuada. Lo característico de estos últimos tres CCEs radica a veces en la abundancia de oscilaciones, también en alguna indefinición de límites en el SPR (Ego / Alteres) así como en cierta crudeza de las afecciones y en la influencia patológica – psicogénica- de los Alteres primitivos:

CONJUNTO CLINICO ELEMENTAL	FENOMENOS CLINICOS	EXCESOS RELACIONALES Y CONFLICTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensitivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguna difusión de la agresividad:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconfianza</li> <li>- Susceptibilidad</li> </ul> </li> <li>• Controlar-LE:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitudes de control y de lucha con el medio</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exceso (Ex) de unión con el Alter del mismo sexo. Agresividad y poder.</li> <li>• Ante la moderada difusión de límites, Ex de unión con el Alter de distinto sexo y/o con los Alteres dispensadores.</li> <li>• Formas inestables de elaboración mediante el Sb1.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Narcisista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magnificación de sí: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autosuficiencia satisfecha</li> </ul> </li> <li>• Alguna difusión de la grandiosidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensaciones de vaciamiento.</li> </ul> </li> <li>Dependencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones ante el Ex de unión y de separación con el Alter primordial materno.</li> <li>• Alteraciones ante la moderada difusión de límites en los Exs relacionales con otros Alteres.</li> <li>• Variaciones entre el componente del poder y de la sexualidad, así como entre la relación y el aislamiento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitudes todo/nada ahora/nunca</li> <li>- Impulsividad</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oscilaciones entre los Exs de unión y de separación con los diferentes Alteres. Formas diferentes según asociación con otros CCEs.</li> <li>• Impulsividad como fracaso en la elaboración, diferente a la excitabilidad (temperamental) y a la variabilidad (histórica).</li> </ul>

- Lo impulsivo y ávido, lo incontenible, lo inestable, lanzado en el tiempo del ahora o nunca, flotando en el todo o nada, es más una manera de funcionar que un contenido o dirección. De este modo lo impulsivo se aleja del CCE tal como lo hemos concebido y se coloca en una posición especial que todo lo inunda evocando lo que va a suceder también en las psicosis.
- Una vez más conviene recordar que la clínica del paciente se ve –en su particularidad- marcada por las asociaciones de CCEs, unas más frecuentes que otras. Citaremos dentro de esas yuxtaposiciones algunas de ellas:
  - La pasivo-agresiva (CCEs obsesivo más impulsivo, más –a veces- el CCE sensitivo).
  - La asténica (CCEs obsesivo más evitador).
  - La límite-inestable e histérica infantil (CCEs histérico más impulsivo).
  - Las combinaciones de los otros CCEs con el CCE narcisista y el sensitivo, así como las asociaciones entre el CCE depresivo con el resto de CCEs.
  - Las combinaciones o influencias de los aspectos psicopáticos que estudiaremos en el capítulo de los tipos de trastornos de la personalidad.

## 12. SOBRE LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

- **El estilo de personalidad es el perfil persistente de afectos, cogniciones y creencias, así como sensopercepciones, motricidades y comportamientos que diferencia individuos y conjuntos de individuos dentro de los colectivos humanos. Contribuye a orientar los (pre) supuestos de base, las valoraciones, y tal vez incluso algunos de los recuerdos, del pasado así como las anticipaciones sobre el futuro. Se empareja con las cualidades y sensibilidades del Ego, de sus Alteres y de las relaciones establecidas entre ellos. Sus perturbaciones se abren, según cada estilo, en los trastornos de personalidad.**
- El trastorno de personalidad supone alteraciones cuantitativas significativas o cualitativas que, siendo en general más egosintónicas que los trastornos del eje II de la DSM (24), se enraízan en el pasado infantil, y –debido a su carácter identitario– aparecen en prácticamente todos los ámbitos de la vida.
- Dado que la actualización es la resultante de las disposiciones y de las condiciones del medio, el trastorno homogéneo de personalidad puede aparecer sea por variaciones patógenas del medio, sea por reestructuraciones –especialmente del SPR– en el individuo.
- Para cada uno de los ámbitos diferenciados por las líneas de desarrollo-maduración de los diferentes CCEs, y siguiendo la terminología propuesta por Rosenbluth y cols. (25, p.43), optaríamos aquí más por los modelos de “causa común” o de “vulnerabilidad” –o quizás de “complicación”– que por el de “espectro” (en el que los trastornos se siguen uno del otro como variantes). La causa común, la vulnerabilidad y la complicación suponen la distinción cualitativa de los trastornos.
- Habría una continuidad en cada conjunto clínico (CC) según la hegemonía del CCE encarnado en todos los trastornos de esa franja. Simultáneamente se daría una ruptura del continuum en el interior de cada ámbito según los modos: para las neurosis, y para las psicosis intermedias.
- En los trastornos de personalidad hallamos expresiones similares: alteraciones significativas y sostenidas en un estilo cognitivo-afectivo (siguiendo la hegemonía de un CCE alterado) que representa la continuidad, y rupturas según el carácter de los conflictos en el interior de ese estilo alterado.
- La pretensión de establecer clases de individuos que resuman diferentes grupos de seres humanos, o de grupos de variaciones patológicas (con otros tantos sustantivos o calificativos), es un obrar constante del psiquismo seguramente consecuencia de la anticipación cognitiva que tan excelentes frutos en la selección natural ha

proporcionado. Las descripciones tipológicas o de los trastornos se suceden y –más allá de nomenclaturas y aproximaciones varias- su repaso no deja de ofrecernos una profunda monotonía; que todo ello sea exclusiva secreción de nuestro aparataje cognitivo como parecen quererlo los constructivistas a ultranza, o que sea fenómeno de coincidencia entre el mundo “real” y el mundo “cognitivo” quizás no tiene para el caso excesivo interés.

### 13. SOBRE IDENTIDADES Y RASGOS

- La personalidad entraña una identidad tanto de índole íntima vivencial como social (en cuanto que es percibida por los otros y recapturada por el individuo); por otra parte, esa identidad es para cada cual un sentimiento de “mí mismo” que se repite en el tiempo.
- La personalidad –como identidad- integra al otro en su más profunda constitución a través de las propensiones originarias y de las identificaciones, tanto con las proto-identificaciones más primitivas como con las posteriores (directamente dibujadas según el Alter de relación, o según un segundo Alter mediador). De este modo se construirá el SPR.  
Ciertas identificaciones gozarán de un papel más relevante para la construcción de la personalidad según la premura de su actuación en el desarrollo-maduración. Más tarde el juego identificatorio tendrá sobre todo su campo de actuación en la búsqueda de la distancia oportuna entre el Ego y sus Alteres principales.
- La identidad comporta tanto un sentimiento propio inmediato y vivido en primera persona (“ipse” en el sentido de Ricoeur, 26), como un sentimiento de continuidad en el tiempo, una repetición reconocida tanto por las vivencias propias como por las experiencias ante la observación por el otro (“idem” o “mismidad” en el último autor). “Mi carácter –nos dice Ricoeur 26, p.116- soy yo mismo, ipse, pero este ipse se enuncia como idem. Cada costumbre así constituída, adquirida y convertida en disposición duradera, constituye un rasgo...”. En la medida en que el personaje del relato de la propia vida confunde su identidad con sus experiencias se dibujaría la “identidad narrativa” como mediación entre la personalidad mantenida en el tiempo (“idem”) y su vivencia en primera persona (“ipse”).  
Ignorando diferencias como la de propiedad (cuantitativa) y rasgo (dual), Huteau (27) define este último, tomando ambas vertientes, como “disposición interna, relativamente general y permanente, más o menos marcada según los individuos y que posee valor explicativo (p.28)”. Habría una relación uniforme entre la disposición interna como variable latente y el comportamiento como variable observada. Desde el ángulo de las disposiciones, los rasgos se adscriben a un modo

de “ser”; desde el punto de vista funcional, los rasgos reflejan el modo de elaboración cognitivo-afectivo (modo de “hacer”).

- En cualquier caso, definir –en este sentido- un rasgo supone sumar un fenómeno observable y un elemento latente abstracto, pero aún debe de haber más: variable, observada y latente se refieren en parte –y de ello el supuesto valor explicativo- a unos principios lógicos de base, ellos mismos “latentes” (Millon y Davis 28, p.9); desde el acercamiento que se ofrece en este trabajo, estos últimos tienen que ver sobre todo con el SPR y la modulación de las distancias entre el Ego y los Alteres (Zuazo, 29).

Si en un momento dado el clínico, por la escucha y la observación, construye un conjunto A, le dará condición de rasgo A cuando diacrónicamente sea marcado por la repetición y la persistencia; cuando el conjunto A resulta aislado o infrecuente es considerado como conjunto ocasional A. Pretendidamente, desde el punto de vista clínico, la construcción del conjunto A se basa en la percepción/escucha de un fenómeno A que recursivamente se ve afectado (y en cierto modo construido) por la anticipación cognitivo-afectiva del terapeuta.

- Aún con las salvedades señaladas, el fenómeno posee un carácter de observado/escuchado mientras que el nivel latente –en parte fruto de la construcción del interlocutor (o del propio individuo como observador de sí mismo)- presenta un carácter inferido. Una vez estructurado el rasgo, la captación del mundo para el individuo tomará aires particulares como bien se expresa en la definición de rasgo propuesta por Allport (citado por Delay y Pichot 30, p.331): “sistema neuropsíquico generalizado (es decir común a todos los individuos) y focalizado (es decir particular al individuo), que tiene la propiedad de volver funcionalmente equivalentes un gran número de estímulos y de desencadenar y guiar formas equivalentes de comportamiento adaptativo y expresivo”.

#### 14. SOBRE EL SISTEMA PSIQUICO RELACIONAL Y SUS CONSECUENCIAS

- **La homogeneidad del estilo de personalidad y la monotonía de las funciones psicológicas (e incluso de las psicopatológicas) tienen que ver con pequeñas unidades altamente activas y significativas que modulan y modelan el resto de elementos. Son esas pequeñas unidades activas a quienes hemos denominado CCEs, y son ellas quienes presentarían una doble entrada, psíquica y somática (en su sentido de macrosustrato) -al menos- débilmente isomorfa o fuertemente correlacionada.** Interpretar el mundo y las relaciones de un

determinado modo según específicas pautas y con unas repetidas características lógicas seguramente puede ser proyectivo y asimilativo (con lo que no nos hablaría de la “verdad” del mundo), sin embargo sí nos hallamos aquí ante “la verdad” de nuestra organización cognitivo-afectiva: a diferencia del estudio del mundo, cuando nos interesamos en el psiquismo humano es precisamente eso lo que nos interesa, las formas repetidas en las querencias e interpretaciones.

- Más allá de los niveles neurofisiológicos o somáticos en general, la personalidad, las sensibilidades, y el origen de buena parte de los supuestos de base del individuo coinciden para los efectos de estructura y organización con el SPR (Zuazo, 31).
- El SPR es una estructura cognitivo-afectiva implicada corporal y discursivamente con los otros SPR (relaciones interpersonales). Las relaciones del Ego y los Alteres, en el interior de cada SPR, son las relaciones objetales (intrapersonales).
- Hemos escrito que los CCEs primordiales son tales en tanto lideran en periodos primitivos la construcción o despliegue de otros CCEs de menor rango articulados por su común origen pero a la vez diferenciados por sus particularidades cognitivas y afectivas. Los CCEs se organizan según dos orientaciones: la jerarquía y la articulación.
- La personalidad como vertiente externa (igual que su complementario “sí mismo” como vertiente interna) es más (y diferente) que cualquiera de sus elementos integrantes, incluidos por supuesto los CCEs, sus penetraciones y sus combinaciones. Proponemos que el tipo o el estilo cognitivo-afectivo es al SPR lo que el fenómeno del CCE es al movimiento relacional conflictivo de su infraestructura.
- Por otra parte también hemos sugerido que zonas de lo neuronal y lo neurofisiológico en tanto específicos macostratos correlacionarían con unos, también, específicos CCEs, del mismo modo a como más globalmente cada particular SPR, como totalidad, correlaciona con su particular sustrato en sentido amplio. Si algunos o muchos cambios o modificaciones implican una variación del sustrato, podemos preguntarnos si también se daría lo opuesto no habría de tener similares consecuencias; respondiendo afirmativamente diremos que se producirán variaciones –como bien nos enseña por un lado la psicoterapia y la vida en general, y por otro las drogas y la psicofarmacología- en los CCEs, tanto a través de intervenciones psíquicas y verbales como mediante variaciones neurobiológicas/fisiológicas.

$$\frac{\text{Estilo cognitivo-afectivo}}{\text{SPR}} = \frac{\text{CCE}}{\text{Relación Ego / Alter}}$$

## 15. ALGUNOS ASPECTOS DE LAS REACCIONES, LAS NEUROSIS Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

- Como se ha señalado repetidamente el tipo es un modelo construido de índole formal, no “encarnado”: el tipo es más un prototipo (Millon y Davis, 28)) El individuo en situación, encarnado, rompe con el modelo original –el tipo- tanto por razones cuantitativas (más o menos penetración del CCE en la globalidad del individuo) como por motivos debidos al solapamiento de dos o más CCEs.

Entre las diversas acepciones posibles del concepto de estilo (de personalidad) elegiremos para este trabajo aquellas que le dotan de cualidades actualizadas y encarnadas próximas al tipo correspondiente.

Los subtipos de personalidad se aproximan a los estilos puros en tanto representan la actualización de modelos formales (tipos), aunque presentado la particularidad de nacer como consecuencia de las interacciones entre uno o varios tipos/estilos.

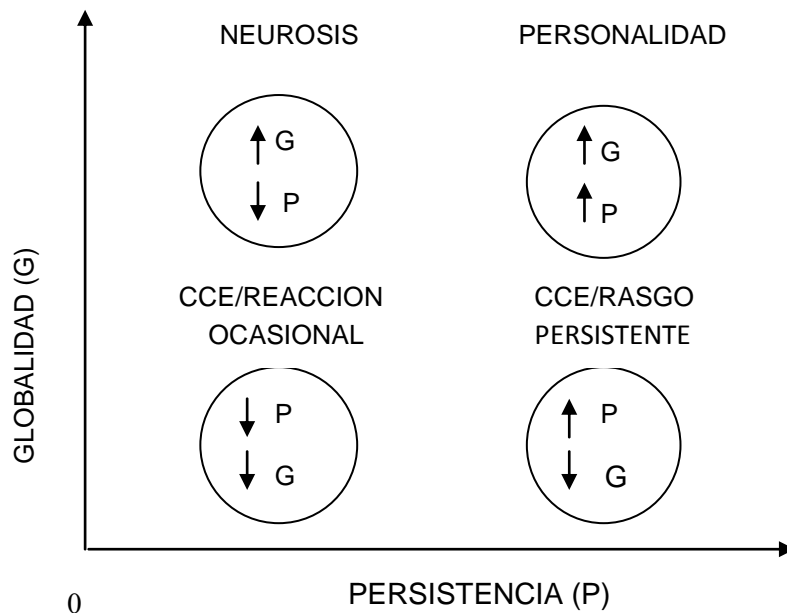
**La reacción, siempre ocasional, es la expresión clínica de las relaciones en un medio entre el Ego y los Alteres. La reacción puede asentarse en un tipo cognitivo-afectivo con ella homogéneo, dándose en ese caso un aumento en la intensidad de las manifestaciones habituales, o bien puede expresarse en un tipo heterogéneo (por ej.: reacción histérica en un tipo o estilo obsesivo).**

**En la neurosis, la reacción (ocasional) se torna persistente. En este sentido no resulta siempre fácil distinguir una neurosis de un trastorno de la personalidad (TP), no obstante para situar este último haremos hincapié en dos aspectos: 1) su aún mayor persistencia y 2) su tono en general menos intenso.**

**En todo caso el CCE se nos ofrece como una pregunta dirigida hacia cada aspecto cognitivo, afectivo y somático (en su sentido morfogestual) que responden según su modo y manera. Quien proporciona la uniformidad es la pregunta común y lo que otorga la diversidad es la forma en que cada quien tiende a responder.**

- **Mientras que la afirmación “es una histeria” corresponde al concepto de neurosis, “es un histérico” se asocia con la idea de personalidad. En esta dicotomía la personalidad se nos ofrece como más estable en el tiempo, menos reactiva, más constituyente de la identidad, más centrada en el polo de la asimilación (en la pareja piagetiana asimilación/ acomodación) (Piaget, 32).** De igual modo “ese es un histérico” se lanza hacia la personalidad mientras que “eso es histérico” se ofrece como propuesta dirigida hacia el rasgo o, hacia el conjunto clínico elemental (persistente u ocasional).

Según la globalidad de las manifestaciones (en tanto porcentaje de la totalidad cubierto por los modos clínicos) y su persistencia en el tiempo podemos establecer el gráfico siguiente:



- Siguiendo la distribución un poco arbitraria que estamos llevando a cabo, hemos situado al TP como un conjunto de alteraciones algo más intensas que las que corresponden a los estilos de personalidad, y algo menos intensas –esta vez sostenidas por cambios cualitativos- que las relativas a las neurosis, y, aún más, a las psicosis (siempre en el interior de cada conjunto clínico definido por un CCE hegemónico).
- No obstante en ocasiones lo neurótico puede ser rotundamente crónico; así, lo que en parte diferenciaría neurosis y trastorno de personalidad serían los previos: en lo referido a la personalidad hay un “desde siempre”, en la neurosis un comienzo, así sea perdido en los tiempos. Aunque es factible preguntarse si muchas veces el diagnóstico de trastorno de personalidad únicamente se plantea cuando se carece de casilla explícita en el resto de la gran rejilla diagnóstica.
- Como en el caso de los CCEs, lo que estamos proponiendo nos lleva a un nuevo juego de uniones y de separaciones, de continuidades y de rupturas. Distinguiremos más allá de las propiedades y rasgos:
  - **El estilo de personalidad sellado por sensibilidades, anticipaciones, visiones parciales del pasado, y por formas habituales de relacionarse.**
  - **El trastorno de personalidad que prolonga cuantitativamente el estilo de personalidad en las formas neurotiformes y psicotiformes.**
  - **El trastorno de personalidad, ya como bisagra, que se continua con las psicopatologías neuróticas y psicóticas, esta vez con**

### **rupturas cualitativas (ligadas a las nominaciones sobre contrarios y contradictorios).**

Desde otro ángulo de visión podríamos decir que en muchas ocasiones no es posible –sincrónicamente- distinguir el trastorno neurótico o psicótico del de la personalidad de lo neurotiforme o psicotiforme.

- **Los TP neurotiformes o psicotiformes se diferencian en cada apartado por las características de los CCEs en acción, que en su vertiente fenoménica clínica expresan disposiciones y posiciones en el mundo.** En los últimos casos puramente cuantitativos, se dan tendencias y sensibilidades que no desencadenan la actualización propiamente dicha de las querencias opuestas simultáneas.
- **El TP nace en tempranas épocas de la vida por acción y penetración del CCE primordial.** En su funcionamiento habitual permanece sensible a los excesos relacionales originarios e inclinados a los conflictos, y a los modos de elaboración correspondientes (incluyendo, circularmente, las formas de captación del mundo y de los propios excesos relacionales).
- Según sensibilidades, excesos conflictivos, y modos de elaboración nos encontraremos pues con esas atmósferas particulares que son los TP que como se recordaba suenan, con frecuencia, en sordina: ronroneos persistentes e invasivos (neurotiformes o psicotiformes) que cuando muestran una clínica evidente se hacen francamente TP neuróticos o psicóticos.
- Una salvedad, y de gran peso especialmente los últimos años, responde al trastorno límite de la personalidad. Nosotros nos inclinamos aquí, como en otras variables, hacia los viejos trastornos límites “tout court”. A la patología límite de la personalidad a menudo grave, y siempre cargada de inmadurez y de déficits en el desarrollo, la colocamos en los mismos espacios diagnósticos que el resto de manifestaciones clínicas; esto último supone el desdoblamiento por un lado en el trastorno impulsivo de la personalidad, y por el otro en la neurosis impulsiva (con las especificidades para las versiones psicóticas intermedias expresadas más adelante). El TP psicopático, como veremos, ocupa una situación también especial.

## **16. TIPOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD**

- Por su aparatosidad e intensidad, también por sus consecuencias, los síntomas y signos patológicos tienden a borrar aristas y, en cierto modo, a simplificar los cuadros. Así, los TP neurotiformes y neuróticos (Zuazo, 21) son los más variados y

ricos diferencialmente (siéndolo aún más los propios estilos cognitivos-afectivos colocados en la base).

- El CCE primordial ofrece un mundo en el que el lograr la distancia oportuna con el Alter está bañado, según incipientes contrariedades, en el conflicto; las repercusiones en el resto de relaciones también serán manifiestas. Este es el espacio en el que se van tejiendo los rasgos de la personalidad y los de sus trastornos que evocan lo neurótico.

Con las salvedades señaladas, los TP neurotiformes y neuróticos caricaturizan las características del estilo correspondiente en el mismo ámbito que los trastornos propiamente neuróticos (como escribíamos, siempre como consecuencia del CCE alterado hegemónico), mencionaremos el listado de algunos síntomas, signos y expresiones clínicas:

- **Obsesivo-compulsivo.** “Quiero no hacer algo-que tendrá malas consecuencias”. “No pero sí...”. Controlarme (yo debo). Duda (y dogma). Interés por los detalles. Rigidez y atención “estrecha”. Gusto por la simetría, lo redundante, lo conocido. Escrupulos sexuales, corporales, éticos. La transformación en su contrario es asunto de lo neurótico propiamente dicho.
  - **Histérico (histriónico).** “Quiero hacer algo-que tendrá malas consecuencias”. “Sí pero no...”. Variabilidad. Lógica sin detalles y matices. Atención hacia lo espectacular y sensorial. Emociones cambiantes. Inconsistencia. Teatralidad. Afectividad caprichosa. Relaciones “triangulares”. La traba histérica y la paralización se muestra en la oclusión y lo neurótico.
  - **Temeroso evitador.** Alta sensibilidad a la agresividad (versión asociada a la obsesión o a lo sensitivo) o a la sexualidad (versión asociada a lo histérico). Autosuficiencia. Huida. Vergüenza. Versiones “fuerte” y “débil”.
  - **Temeroso dependiente.** Alta sensibilidad al abandono. Adhesión. Actitud de humillación. Versiones de oferta compulsiva de cuidados. Limitación en las relaciones y actividades. Dificultades en la búsqueda de la distancia y la dependencia madura. En cada uno de los terrenos la difusión señala la neurosis franca.
  - **Depresivo.** Pena. Desvalorización. Vacío. Culpabilidad. Rabia. Ansiedad.
- Algunas de las características clínicas que hemos descrito en los CCEs neuróticos sensitivos, narcisista e impulsivo también son aplicables aquí: oscilaciones, mala definición de límites, etc. Precizando algo más la clínica de estos TP neurotiformes y neuróticos recordaremos su inestabilidad y combinación –o más bien rápidas alternancias- con los TP psicotiformes intermedios:
    - **Narcisista.** Períodos megalómanos (tareas omnipotentes), períodos impotentes. Sensaciones de vacío y ansiedad “somática”. Agresividad y rabia. Envidia. Esbozos de difusión de la grandiosidad (yo soy omnipotente, él es omnipotente) que señalan a lo psicotiforme o psicótico intermedio.
    - **Sensitivo.** Tentativas de controlarle. Agresividad del otro. Desconfianza. Interés por los pequeños detalles y las significaciones ocultas. Sutilidad

verbal. Manejo hábil lógico y dialéctico, como en el caso anterior, alternativamente esbozos psicotiformes o psicóticos intermedios con difusión de la agresividad.

- **Lo impulsivo** ocupa aún un espacio más específico por sus rápidas oscilaciones. Todo/nada. Ahora/nunca. Inestabilidad. Impulsividad. Relaciones tempestuosas (adhesión y rechazo). Desorganización temporal.
- **Las formas híbridas cobran especial significación en el caso de los TP dado el carácter sumatorio de las diferentes parcelas que forman el campo de la identidad.** De hecho se producen tipologías relativamente potentes en cuanto a los fenómenos clínicos según esas hibridaciones.
- Aunque a veces no de manera muy explícita, nos dirigimos más hacia los TP cuando las alteraciones de la serie neurótica (o neurotiforme en la personalidad) se hacen más primitivas o crudas. De esta forma nos encontramos que lo narcisista, lo sensitivo y lo impulsivo abandonan en la práctica el Eje II de la DSM (24) para fundirse en los trastornos de la personalidad.
- Los TP marcados por lo impulsivo forman un terreno especialmente propicio para lo indicado en el párrafo anterior. Desde el punto de vista de la personalidad y no del CCE impulsivo, tres formas impulsivas suelen presentarse con cierta frecuencia:
  - Formas en las que lo impulsivo caracteriza, o es caracterizado, por otros CCEs alterados en hibridaciones, sobre todo, histéricas, obsesivas y también narcisistas.
  - Formas en las que lo impulsivo se expresa de manera más rotunda según una importante inestabilidad y una crudeza inmadura cognitivo-afectiva.
  - Formas en las que lo impulsivo se enlaza con pasajes al acto y actitudes de dependencia hacia disturbios en la alimentación, o hacia el consumo de otros productos de manera más o menos lúdica y repetida.
- **Para los trastornos que marcaron la personalidad en los modos psicóticos intermedios** podemos según los conjuntos (CCEs primordiales) y la clínica dominante diferenciar tres grupos de alteraciones:
  - Grupo donde domina el tinte suspicaz o sensitivo: formas psicotiformes/psicóticas obsesivas (recordando a la personalidad sensitiva de Kretschmer, 33), formas histéricas referenciales, y formas sensitivas combativas paranoicas.
  - Grupo donde domina lo depresivo: TP depresivo psicotiforme/psicótico intermedio, formas temerosas dependientes depresivas.
  - Grupo donde domina lo histérico psicotiforme/psicótico intermedio: formas infantiles, formas de aspecto disociativo con manifestaciones en la vigilancia.
- La distancia y la pobreza de relaciones en el frío esquizoide, o las distorsiones cognitivas y extrañezas del esquizotípico, expresan las graves dificultades de un Ego

y de unos Alteres fundidos y diferenciados en tempestuosas o congeladas relaciones que esbozan, sin llegar a construir, las contradicciones.

- **Los TP psicóticos melancólico y maniaco** no son tampoco una franca depresión melancólica o una manía. Lo que se daría es más bien la señal en la psicogénesis de un CCE primigenio dotado de características próximas a lo psicótico, señales que dotan a esa personalidad de unas características similares –no idénticas- a las psicosis originales. Los TP psicotiformes melancólico y maniaco se aproximan, a menudo casi confundiendo, a los trastornos de parecidas organizaciones en el campo temperamental y vital.
  
- Como mencionaremos en el capítulo de las depresiones, la hipomanía es desde nuestra perspectiva algo que tiene que ver con el temperamento y lo vital más que con la manía como construcción diagnóstica. También haremos mención a lo que pudiera denominarse, en su opuesto, la hipodepresión o hipomelancolía.  
**Aunque lo temperamental y lo vital, como componentes, lo cubren todo, ciertas disfunciones –o exageraciones funcionales- en este campo pueden tomar tal prioridad que casi definen TP específicos.** Cambio en la reactividad (entendida como facilidad de estimulación) o variaciones en la regulación (modulación de las actividades) en el sentido de Rothbart (34) cubren predisposiciones que se hacen disposiciones. La hipomanía (y la hipodepresión o hipomelancolía), el carácter irritable así como el excitable, y tal vez la propensión a mirarse hacia el interior o a centrarse en las condiciones y aspectos externos podrían ser elementos del saco temperamental (Zuckerman y Cloninger, 35).
  
- El CCE impulsivo es la fórmula, en muchos terrenos incipiente –o inmadura/poco desarrollada-, de un psiquismo delgado con poca capacidad de espera o de replanteamientos sustitutivos en las querencias.
  
- De una forma paralela, los trastornos psicopáticos (o sociopáticos) son más modalidades aplicadas a otro complejo que organizaciones bien ceñidas; como lo impulsivo, por las características señaladas, incumben más a las patologías de la personalidad (influencia temprana en el desarrollo/maduración) que a las del resto de trastornos.
  
- Los fenómenos clínicos psicopáticos se combinan también, según los casos, con trastornos o características propias de otros CCEs tejiendo sus efectos sobre todo:
  - Con un desinterés (empático) por el otro en el dominio de las propias querencias.
  - Con un notable atrevimiento en el dominio de la ausencia de culpabilidad en una atmósfera poco cargada de temores.
  
- De la inmoralidad a la amoralidad se da un complejo circuito que se cruza en muchos momentos. La avidez del impulsivo no es en sí misma amoralidad, a veces ni siquiera inmoralidad. El psicópata casi siempre es amoral.

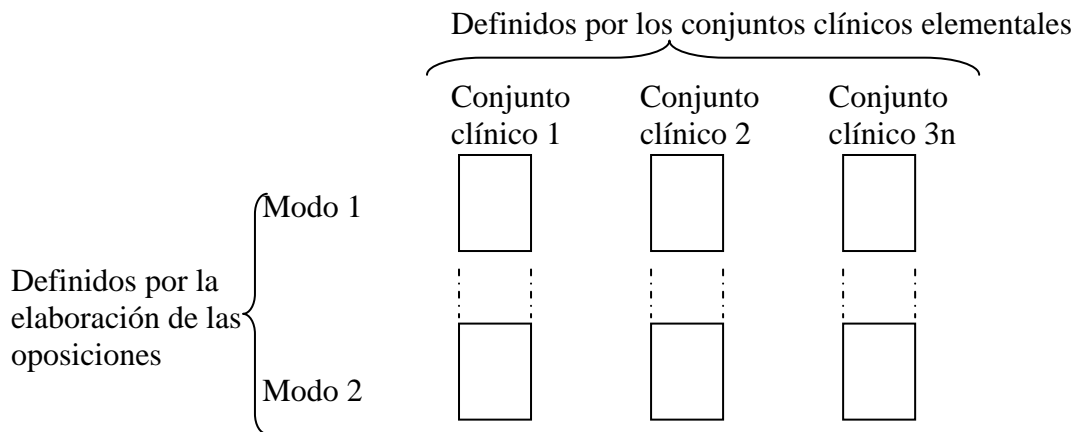
Mientras que en lo impulsivo hay un mar de deudas, de aspectos y de bienes de los que subjetivamente el individuo se ha visto desposeído, en lo psicopático no se da (predominio) de deudas porque no hay deudores humanamente valiosos y singulares. En estos casos no se vislumbra tanto la dificultad en la búsqueda de la distancia oportuna como la negociación de complementariedades repartidas entre el Ego y los Alteres.

## 17. NOTAS FINALES

- Hemos evocado, tras algunas generalidades, el mundo de los afectos, el de las neurosis y el de los trastornos de la personalidad.
- El trastorno de la personalidad (en las circunstancias psiquiátricas de estos tiempos) es invitado preferente de todas las mesas:
  - Atractivo para quienes se sitúan en la psicodinamia y la psicogenética.
  - Atractivo para quienes se interesan en el cuerpo sustrato a través de las memorias, los circuitos (siempre con algún aterrizaje prefrontal), y el temperamento.
  - Atractivo para quien mide dimensiones y para quien contornea categorías, o –de manera ecuménica- para quien se interesa en ambas alternativas.
  - Atractivo, por definición, para la clínica psicológica y psicopatológica de las continuidades (y cortes dimensionales).
  - Atractivo para quien se interesa en los vínculos y relaciones biográficamente constituidas, con mayor o menor peso de lo social.
  - Atractivo incluso para los clínicos con afanes esotéricos y/o historiográficos.
- En este ambiente otros trastornos se tambalean. Las neurosis son las primeras en caer. En lecturas dimensionales que buscan la consistencia, se dibujan signos y síntomas recortados, ansiosos, depresivos, repetitivos (como ideas o comportamientos), y –en todo caso- desgajados de la biografía y centrados en unas causalidades que sin embargo se resisten.
- **Desde nuestra orientación, el síntoma psicopatológico, siguiendo las vías clásicas, no es “expresión de x” (siendo “x” un síndrome, un trastorno o una enfermedad), o “consecuencia de x”, sino “parte de x”. Esta “x” como conjunto engloba los síntomas que lo integran. Ahora bien, cuando la dimensión clínica es heterogénea en relación al conjunto definido por la clínica psicopatológica (por ejemplo un movimiento de ojos alterado en las esquizofrenias, o**

**una secreción mediadora insuficiente en la depresión melancólica), nos adentramos en los correlatos, que seguramente no son el sujeto principal del presente trabajo.**

- **Dentro de cada uno de los “conjuntos” en cierto modo “espectros” (a los que podemos denominar “conjuntos clínicos”), definidos por el “conjunto clínico elemental” correspondiente, se presentan “modos” –de elaboración mental- cualitativos diferentes: el de las neurosis (oposición de querencias contrarias) y el de las psicosis intermedias (oposición de querencias contradictorias). Se añaden, dentro de los conjuntos clínicos, dos modos, esta vez de presentación: el de las reacciones y el de los trastornos de la personalidad. Ambos se sitúan en la continuidad del conjunto específico (histérico, obsesivo, etc.) y en la discontinuidad de lo opuesto contrario (neurótico) o de lo contradictorio (psicótico intermedio), siempre según otra especificidad esta vez temporal.**



- De esta manera:
  - **Los modos se definen como neuróticos o psicóticos intermedios según la elaboración de los contrarios o de los contradictorios. Con capítulos especiales –como veremos en la tercera parte- para las psicosis esquizofrénicas, las depresiones melancólicas y las manías.**
  - **Los conjuntos clínicos se definen según la penetración o hegemonía del conjunto clínico elemental correspondiente. Desde nuestro punto de vista son estos últimos (los CCEs) quienes, con propiedad, pueden denominarse histéricos, obsesivos, temerosos, narcisistas, impulsivos o sensitivos.**
- Mientras que la reacción psicopatológica es de corta duración, el TP se prolonga en el tiempo y, además, nace en las brumas del debut vital. En el encuentro traumático, la figura resultante va a tener que ver con el estímulo y con las disposiciones identitarias: será por ahí por donde lo traumático se teñirá del estilo cognitivo-afectivo, de la personalidad.

## 18. BIBLIOGRAFIA

1. Frankfurt H. La importancia de lo que nos preocupa. Buenos Aires: Katz, 2006.
2. Zuazo J I. Sobre experiencia y psicoterapia: (II) Consciencia, símbolo y sistema psíquico relacional. *Anales de Psiquiatría* 2006, 22: 35-51.
3. Zuazo J I. Psicología y psicopatología de los conflictos. Las oposiciones lógicas (II): modalidades, querencias y afectaciones. El sistema psíquico relacional. *Anales de Psiquiatría* 2004, 20,8: 333-355.
4. Zuazo J.I. El sistema de relaciones objetales como estructura psicológica y la psicoterapia (II): sujetos, clases objetales y distancia oportuna. *Anales Psiquiatría*, 14,8, 1998: 377-387.
5. Zuazo J I. Psicosis delirantes y sistema de relaciones objetales (II): La contradicción psicótica, el ego y el alter, formas clínicas. *Anales de Psiquiatría* 2001; 17, 3: 109-118.
6. Zubiri X. Sobre el sentimiento y la volición. Madrid: Alianza Editorial, 1993.
7. Clérambault G de. *Oeuvre psychiatrique*. T II. Paris: PUF, 1942.
8. Delay J. *Les dérèglements de l'humeur*. Paris: PUF, 1946.
9. Barroso F. La unidad radical de inteligencia, sentimiento y voluntad. *Xavier Zubiri. The Xavier Zubiri Review* 2000-2001; 3: 133-148.
10. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1996.
11. Zuazo J I. Sobre la emoción y el sentimiento: lenguaje verbal y sistema de relaciones objetales: II) emoción y sentimiento. *Anales de Psiquiatría* 2002; 18, 2: 54-66.
12. Tous J M. Estructura de la personalidad y temperamento. *Anuario de Psicología* 1990; 46: 5-16.
13. Alonso-Fernández F. *Psicología médica y social*. Madrid: Paz y Montalvo, 1977.
14. Scheler M. *Gramática de los sentimientos*. Barcelona: Crítica, 2003.
15. Schneider K. *Psicopatología clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.
16. Zuazo J.I. Sistema de relaciones objetales, conjunto clínico elemental y estilo de personalidad (II): estilos narcisista, sensitivo, impulsivo, formas híbridas. *Anales Psiquiatría*, 16, 7, 2000: 280-290.
17. Zuazo J I. Sobre la afectación (II): Valor, creencia y afectación. *Anales de Psiquiatría* 2003; 19,7: 265-278.
18. Searle J. *Intentionnalité*. Paris: Minuit, 1987.
19. Zuazo J I. Aspectos de las organizaciones neuróticas desde la perspectiva de la distancia oportuna entre el sujeto y sus objetos. *Anales de psiquiatría* 1996. XII; 1: 30-39.
20. Zuazo J I. Psicología y psicopatología de los conflictos. Las oposiciones lógicas (I): dimensiones semánticas, metáforas, elaboraciones mediante el símbolo. *Anales de Psiquiatría* 2004, 20,7: 299-322.
21. Zuazo J.I. Sistema de relaciones objetales, conjunto clínico elemental y estilo de personalidad (I): estilos obsesivo, histérico, temeroso evitador, temeroso dependiente. *Anales Psiquiatría*, 16, 7, 2000: 268-279.

22. Freud S. La neurastenia y la neurosis de angustia. Obras Completas. Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
23. Quinodoz D. Le vertige entre angoisse et plaisir. París: PUF, 1994.
24. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
25. Rosenbluth M, Kennedy S M, Bagby R M. Depresión y personalidad. Barcelona: Elsevier Masson. 2006.
26. Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: Siglo XXI, 1996.
27. Huteau M. Concepciones cognitivas de la personalidad. Madrid: Fundamentos, 1989.
28. Millon T, Davis R. Trastornos de la personalidad. Barcelona: Masson, 1999.
29. Zuazo J I. Sobre experiencia y psicoterapia: (II) Consciencia, símbolo y sistema psíquico relacional. Anales de Psiquiatría 2006, 22: 35-51.
30. Delay J, Pichot P. Abrégé de psychologie. Paris: Masson 1967.
31. Zuazo J I. Sobre la afectación (III): Identidad, duración y afectación. Anales de Psiquiatría 2003; 19,7: 279-290.
32. Piaget J. La psychologie de l'intelligence. París: Colin, 1976.
33. Kretschmer E. Paranoia et sensibilité. París: PUF 1963.
34. Rothbart M K. Temperament in childhood. En: Kohnstamm G A, Bates J E, Rothbart M K (Ed) Temperament in childhood. New York: Wiley, 1989.
35. Zuckerman M, Cloninger C R. Relationships between Cloninger's, Zuckerman's and Eysenck's dimensions of personality. Personality and Individual Differences 1996; 21: 283-285.