

40 ASPECTOS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS, DISTANCIA OPORTUNA, LENGUAJE Y PSIQUISMO, TRAUMA Y CONFLICTO (III) : LAS DEPRESIONES, LAS VARIEDADES PSICOTICAS

CONTENIDO

- 1. Introducción**
- 2. Generalidades en torno a lo psicótico**
- 3. Sobre las psicosis intermedias**
- 4. Generalidades entorno a las psicosis (esquizofrenias, depresiones melancólicas y manías)**
- 5. Sobre las esquizofrenias**
- 6. Las depresiones y sus formas**
- 7. Sobre la fruición y la depresión melancólica**
- 8. Sobre la hipomanía temperamental y la manía psicótica**
- 9. Mezclas y bipolaridades**
- 10. Sobre el cuerpo, la corporalidad y sus trastornos**
- 11. Algunos comentarios como resumen provisional**
- 12. Bibliografía**

1. INTRODUCCION

- De todas luces los trastornos en el carácter de agente son de índole más severa y profunda que las alteraciones en el valor y la estima personales. Salvo en los casos en que la baja de esa estima se hace caída melancólica.
- Consideramos en estas líneas el papel importante que juegan los manejos cognitivos en la elaboración de los opuestos contradictorios para las psicosis. Distinguimos las psicosis intermedias de las psicosis esquizofrénicas o tónicas donde los registros son de absolutos y de incompatibilidades reales).

- Son marcadores de la gravedad de un cuadro psicopatológico las desestructuraciones psicóticas temporales y también los impulsos incontrolados desadaptativos más o menos cargados de agresividad (auto/hetero). En ambos casos se expone la pérdida de control y de lo que pudiéramos denominar pérdida del centro de la mismidad.
- En la depresión, como en el aburrimiento, el otro no cumple la función de colmar el (mi) vacío, ese otro no está o no es suficiente. La depresión, como siempre, es fruto de un encuentro entre mis disposiciones y los Alteres en relación. El otro puede no estar, y puede también haber perdido sus capacidades. En cualquier caso lo que posibilita la depresión es precisamente la necesidad de encuentro (o de integridad en otro sentido).
En la depresión melancólica a la cita o encuentro aporto mi incapacidad de fruición, dificultad que consagra la insuficiencia de “otro” que por desdiferenciado no puede ser sino –constructivamente- insuficiente.
- **Estudiaremos en esta tercera parte del trabajo, además de la depresión y sus variedades, lo psicótico según las formas de psicosis intermedias y de psicosis (distribuidas en esquizofrenias, depresiones melancólicas y manías). Mencionaremos también los trastornos psicotiformes.**

2. GENERALIDADES EN TORNO A LO PSICOTICO. LO PSICOTIFORME

- Hay un repetido argumento en las descripciones clínicas psiquiátricas que recorre las escuelas y los tiempos: **en las psicosis delirantes se dan dos tiempos (al menos), uno de desorden –generalmente precedido de finos elementos ideativos-afectivos-, y otro de reestructuración, defensa, elaboración, etc. propiamente delirantes.**
De ese primer tiempo se hace “experiencia vivida incomunicable” (Grivois 1), “trema” (Conrad 2), “humor delirante” (Janzarik, citado por Sauvagnat 3), automatismo mental de Clérambault (4), e incluso titubeos y vacíos por “fallo simbólico” en la “forclusión” de Lacan (5), aún cuando el psicoanalista entienda que la sorpresa, el vacío y la perplejidad iniciales vayan a incidir en la intensidad de la certeza posterior. Para el segundo tiempo, centrado en la re-construcción más o menos interpretativa, se insiste en la autorreferencia, la “apofanía” (Conrad, 2) y la “centralidad” (Grivois, 1).
- Con cada vez mayor empuje, gran número de corrientes insisten, como ha sido clásico en la alemana, en los previos de las descompensaciones psicóticas. De esta manera el primer período recordado más arriba sería precedido por más de lo

mismo, pero a mínima: algo así como un “más pequeño automatismo mental” cargado de mínimas incapacidades y vacíos, de pequeños trastornos físicos, de insinuaciones que cobran gran peso en las aproximaciones prodrómicas neuropsicológicas.

- Para Huber (6), por ejemplo, siguiendo la línea de los síntomas básicos (supuestamente próximos al sustrato corporal) habría en la esquizofrenia (en una acepción universal que cubre también los delirios crónicos) deficiencias cognitivas básicas vividas subjetivamente como carencias. Klosterkötter y cols. (7) ven evoluciones discontinuas psicóticas plagadas de trastornos básicos cognitivos y de reacciones explicativas.
- Recordaremos también la existencia de un complejo tema que se engarza con estas propuestas: el de las interacciones entre los rasgos de la personalidad previa y los –eventuales- pródromos de las psicosis (intermedias o no).
- Seguramente ser agente implica, en alguna parte de los procesos, coincidencias temporales entre ejercicios intencionales (voluntad e intención) y actuaciones que pueden –así sea ilusoriamente- considerarse resultados. Lo contrario también es verdad en ejercicios intencionales desconocidos por el agente.
- La alucinación se engarza en la propia captación: “me aparece”. No es consecuencia de interpretaciones: “no me parece”. Desde este punto de vista, es un problema, al menos, del Fondo (Zuazo, 8); la nominación contribuirá al desarrollo pleno de esa clínica psicopatológica.
La suma de opuestos querenciales (contrarios o contradictorios), de nominación –inicialmente- imposible (Zuazo, 9), se enlaza hacia abajo (temporalmente) con esa captación originaria (pre-predicativa, etc.) sobre la que van a implantarse y construirse la sensación, la percepción y la motricidad. El agente, en una especie de movimiento asimilativo (Piaget, 10), introduce en parte sus reglas en la co-construcción de lo captado. Tal empuje dota de una especie de pre-sentido a los productos de una captación que se completará en un segundo y tercer momentos con la senso-percepción ya nominada.
- Así como lo intermedio se refiere a las psicosis diferentes de las esquizofrenias y de las psicosis melancólicas y maníacas, los trastornos “límites” suelen ser adscritos a la psicopatología de la personalidad y simultáneamente a los trastornos ligados a la inmadurez y a las dificultades del desarrollo y maduración.
- En los ámbitos de las psicosis, las simultaneidades clínicas de las esquizofrenias (Zuazo, 11) lucen como sumas imposibles y alternancias irregulares de procesos que se dibujan como descoordinados en la forma (vs. contenido). Los fenómenos clínicos denominados con términos como discordancia y disociación esquizofrénicas no pueden sino estar dominados por la extrañeza y la incompreensión en el interlocutor.
- Melancolías y manías nos ofrecen también discordancias que se expresan en el acompañamiento temporal de las querencias en el encuentro “inteligente” con el mundo. Pero la similitud llega hasta ahí; en las esquizofrenias las discordancias se

generan en todas y cada una de las vertientes (¿procesos?, ¿módulos?) cognitivo-afectivas y comportamentales.

- El delirio, va más allá de las creencias y de los propósitos explícitos al extenderse y enlazarse con modos cognitivos y afectivos que en un primer vistazo parecen serle alejados: es como si lo delirante manifiesto, e incluso supuesto, no fuese en esas ocasiones sino una resultante con amplia base psíquica.
- El delirio deja paso al delirante y, con más precisión, a una totalidad contextualmente actualizada en cada instante. Queremos decir con ello que cada delirante, en su aquí y ahora, delira según temas y circuitos vivenciales específicos. Mientras se mantengan las condiciones, seguirá delirando, si deja de hacerlo y recomienza –incluso mucho tiempo después- volverá al mismo punto donde lo dejó en un clínicamente sorprendente “como decíamos ayer”.
- Otro aspecto de lo sugerido es que no hay crítica posible del delirio: si se está en un contexto delirante, se delira; si no se delira no se está en tal contexto. Además, aún variando la situación delirante queda la fuerza y amplitud de la experiencia de manera persistente: el delirio, con el transcurrir del tiempo –y por causa de algunos de los efectos psicofarmacológicos- se olvida (con la complicación, además, de los ocultamientos voluntarios).
- Por razones próximas a los parecidos de familia, enriquecidas por la particular posición de los saberes psicopatológicos y psiquiátricos, a menudo definimos una caja clasificatoria o categoría y debemos – para su aplicación - como nuevos Procustos, cortar y adaptar las piezas para que entren en tales grupos clasificatorios. Todo ello concierne con especial relevancia al mundo de **las pre-psicosis, para-psicosis, cuasi-psicosis, psicosis no-desencadenadas**, o a polisémicos y ambiguos conceptos similares.

Distinguiremos nosotros en este campo los trastornos psicotiformes, **trastornos que esbozan aspectos de lo psicótico y que, sin embargo, no son propiamente psicóticos.**

Según la organización (CCE y extensión temporal) y el modo (elaboraciones mediante el símbolo ante opuestos contradictorios) podemos englobar en este espacio varios tipos de trastornos que simultanean con mayor o menor extensión elaboraciones ante opuestos contrarios que representan situaciones de defensas-elaboraciones o, en todo caso, de limitaciones en la gravedad de esos trastornos:

- **Psicotiformes**, como pre/”cuasi”/para esquizofrenias que cuando la extensión temporal – como es frecuente – es de alto rango aparecen como trastornos de la personalidad en las series esquizoides / esquizotípicas.
- **Psicotiformes intermedias** en las series dominadas por la referencia / persecución, por lo erótico / estético o por lo místico / confuso.

3. SOBRE LAS PSICOSIS INTERMEDIAS

- **La característica clínica básica de lo psicótico intermedio es la insinuación o clara presencia de un delirio que presenta cierto orden y organización lógica, salvo en algunas variedades con expresiones “disociativas” de la vigilancia.**
- **El Fondo nos pone en un brete al exigir la nominación simultánea de querencias contradictorias que no pueden ser elaboradas cognitivamente sino mediante el símbolo en su versión Sb2 (Zuazo, 12).**

Fuera de los aconteceres traumáticos en los que las psicosis reactivas serán de índole confusional, todos los CCEs neuróticos conflictivos (Zuazo, 13) tienen su paralelo en los CCEs psicóticos intermedios.

- Como en todo lo que ocurre atravesando el sistema psíquico relacional (SPR), ninguna relación Ego/Alter (Zuazo, 14) tiene sentido sin las complementariedades relacionales con el resto de Alteres. También aquí las repercusiones sobre la clínica de estas mutuas interrelaciones serán de rigor en un individuo –además- definido por vinculaciones mediadas.
- Los comportamientos de filiación/afiliación, que cargados de tonos jerárquicos se desenvuelven predominantemente en la dimensión semántica agresión-cuidado, no son los absolutos propietarios de lo agresivo. En la sexuación/sexualidad (anhelo erótico-repugnancia) también se da la agresión. Hay de igual manera cuidados en ambas vertientes.
- Cuando estudiamos la elaboración psíquica y las nominaciones en el ámbito del poder de las jerarquías y de las afiliaciones nos encontramos ante algunas aserciones con significativas repercusiones (utilizaremos la primera persona):
 - **“Hay agresión”: todo comienza con la vivencia de un mundo agresivo y peligroso.**
 - **“Toda manifestación que me haga agente inicial de la agresión es ocluido” (siguiendo las formas de la represión freudiana, Freud, 15). La conclusión es que “no se inicia en mi esa agresión”.**
 - **Los contradictorios suman los “yo quiero agredirle” / “yo no quiero agredirle”. El “yo quiero agredirle” no reactivo se ocluye (no hay oferta de nominación) a través de los subcontrarios que forman la dimensión semántica impropia (Zuazo, 12) “yo no quiero agredirle” / “yo no quiero no agredirle”.**

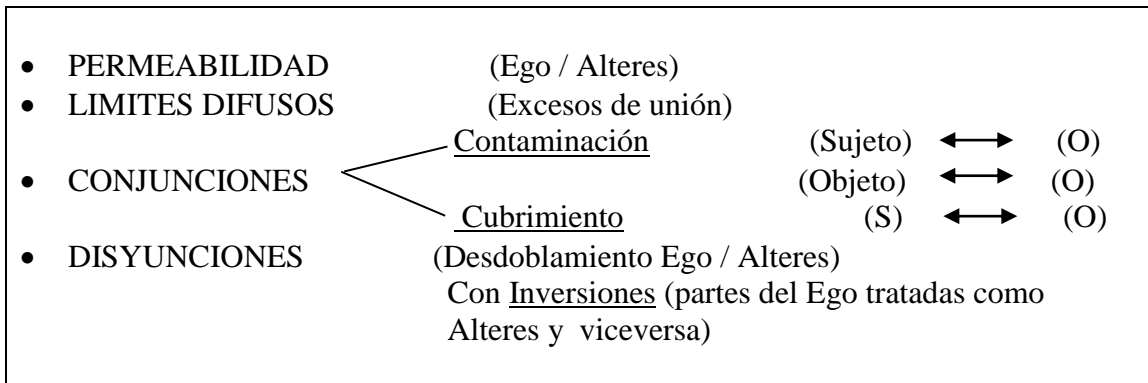
- **Dados los materiales no nominados del Fondo, e igualándose en la absolutización el “yo no quiero” con el “yo quiero no...” y el “yo si quiero” con el “yo quiero si...”, se contaminarán las propuestas subcontrarias con las contradictorias.**
- **Mientras que el Sb1 asume los opuestos contrarios comportándose como la contracción de una dimensión semántica, la elaboración mediante el Sb2 comporta en su seno el cuadrado lógico en su integralidad.**
Si tomamos el ejemplo de los subcontrarios “quiero no depender” y “no quiero no depender”, su suma nos proporciona una clase capaz de contener a ambos polos (“quiero ‘indiferencia’ en el depender”), es la indiferencia que nace de la concentración del no amor / no odio en el cuadrado lógico amor/odio. Pero a la vez, por absolutización y contaminación, tal dimensión semántica inestable de subcontrarios se carga con los contradictorios (cuando el “quiero no depender” se iguala al “no quiero depender”, y el “no quiero no depender” al “quiero depender”). Quizás es precisamente esa posición lógica quien va a dar al delirio intermedio buena parte de su carácter de nueva realidad. Por otra parte, en nuestro ejemplo, el “quiero ‘indiferencia’ en el depender” suscita o acelera la oclusión psicótica del “quiero depender”.
 - **La organización del SPR contribuye a generar un movimiento inferencial: “si se da X y yo no estoy en su origen, él lo está”, o más simplemente, “si yo no lo quiero, él lo quiere”.**
Este movimiento proyectivo me exige, de nuevo, el controlarle (a él). Podrán entonces ofrecerse dos alternativas según fuerza/debilidad, y tres posibilidades según el desempeño del Ego: “si yo soy fuerte y me defiendo”, “si yo soy débil e introduzco algún control sobre mi” y “si yo soy débil y estoy dominado por el temor”.
 - En lo sexual y parcialmente en lo estético (lo atractivo y lo repulsivo, la seducción y el rechazo) los movimientos elaborativos parten de un mundo donde las demandas y atracciones son preeminentes. Se ocluye la propia querencia positiva, el “yo quiero x”. Tras el juego de subcontrarios y de la absolutización de las contaminaciones el asunto se modifica al hacerse esa “x” objeto de la querencia del Alter. **Según la fuerza atribuida al Alter así como según las particularidades de los CCEs secundarios podrá predominar, o no, el componente persecutorio.**
 - **Ese salto del “yo quiero” a la querencia atribuida al otro responde también, seguramente, a disposiciones previas (mayor o menor solidez identitaria) y sobre todo a la propia elaboración mediante el símbolo (Sb2):**
 - Dados los contradictorios (“yo quiero p/yo no quiero p”) que incumben a la intimidad de la querencia, y no a su objeto), elaborar tales oposiciones, cualquiera sea el camino (construcción de un símbolo impropio que los aúne, tratar los subcontrarios como también inadecuada dimensión semántica) por

contaminación nos genera un símbolo particularmente inestable, por cuerpo lógico extraño, al que hemos denominado Sb2.

El Sb2 expresa la poca entereza de las querencias propias que metafóricamente se traducen en la permeabilidad de los límites propios.

- Desde un punto de vista más espacial o “tópico”, Alteres y objetos, Ego y sujetos (interno y externo) se articulan, según el modelo que seguimos, en un esquema dinámico que en su actualización busca la distancia oportuna, y que en su estructuración pretende lograr las diferencias oportunas y las dependencias maduras entre los núcleos.
- Un SPR maduro y suficiente, moderadamente conflictivo o neurótico en sus CCEs, verá definidos los límites también oportunos en tanto diferenciación adecuada del Ego y de los Alteres. Un SPR psicótico intermedio (aún más en el caso de las esquizofrenias, de las melancolías o de las manías) ve mal delimitadas las diferencias y las distancias.
- **Permeabilidad y límites difusos crean un clima de inestabilidad, con gran sensibilidad a las variaciones relacionales y, muy especialmente, a los excesos de unión. Las conjunciones o solapamientos entre las posiciones del sujeto y de los objetos fundamentan las complejidades relacionales psicóticas entre el Ego y los Alteres. Las contaminaciones se centran en los solapamientos sujeto y objetos en las vertientes internas –(S) y (O)s- y externas –(sujeto) y (objeto)s- (Zuazo, 14). Las disyunciones suponen desdoblamientos en el Ego y/o en los Alteres.**

Todas estas alternativas tendrán una implicación directa e inmediata en las experiencias dentro/fuera, mío/no-mío, fantasía/realidad.



- Citaremos a continuación algunas de las formas clínicas alrededor de los CCEs psicóticos intermedios (Zuazo, 14):

CCE PSICOTICO INTERMEDIO	CONJUNTOS CLINICOS (CC)
• Psicótico obsesivo	• Paranoia sensitiva de Kretchmer
• Psicótico histérico	• Místico confuso (oniroide)
	• Erótico-estético
	• Persecutorio
• Psicótico temeroso / evitador	• Persecutorio
• Psicótico temeroso / dependiente	• Depresión psicótica intermedia
• Psicótico depresivo	• Depresión psicótica intermedia
• Psicótico sensitivo	• Paranoia combativa

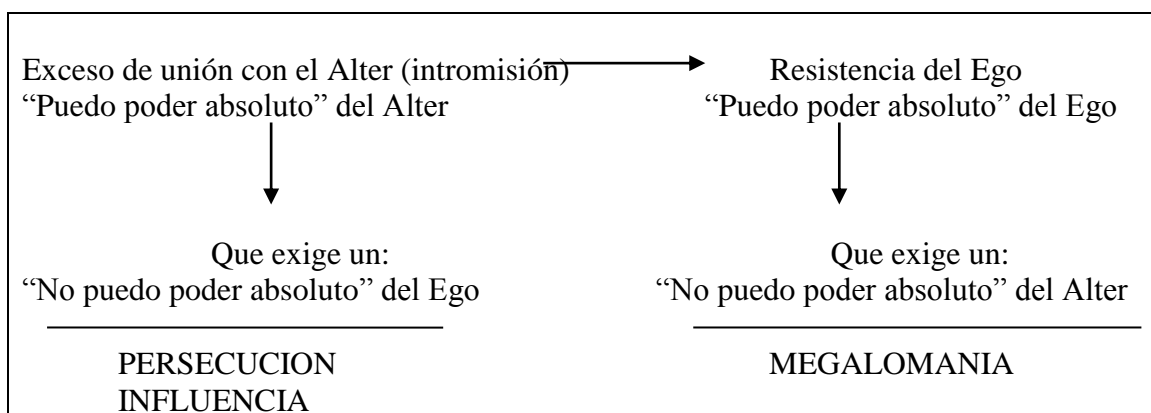
- Ni el CCE narcisista ni el impulsivo parecen capaces de organizarse como CCEs psicóticos intermedios. Por sus oscilaciones (globales en el impulsivo, relativas a la magnificación del Ego y del Alter en el narcisista) se dan irregulares conflictos contradictorios con efectos sobre todo desestructurantes que marcan evoluciones psicopatológicas combinadas con otros CCEs. Para el impulsivo psicótico el Alter está y no está, proporciona cuidados y no lo hace, odia y ama: en cierta manera, porque necesita constancia es impulsivo (para capturar los instantes “en que sí”), y porque necesita continuidad corporal se daña.
- El tiempo puro y duro sitúa las psicosis intermedias sea en lo corto de lo agudo, sea en lo largo de lo crónico. Siempre podemos preguntarnos sin embargo si es únicamente de esta manera como los asuntos se producen, o si se dan nubes de puntos intermedios (psicosis intermedias semi-agudas, o semi-crónicas). El gran problema del silencio y de una forma de olvido en los pacientes nos impiden seguramente seguir esos meandros evolutivos.
- Tal vez el carácter breve, o corto, de muchas formas de delirios intermedios les proporcionan una fuerte carga de afecciones por su efecto de sorpresa o joven habituación. Se inundan así los fenómenos clínicos de un color particular evocando el trastorno de la vigilancia o, más simplemente, el nerviosismo. Pero sobre todo, el transcurrir del tiempo dota a las elaboraciones psicológicas de nominaciones y denominaciones, de narraciones asociativas e inferenciales, de explicaciones y de justificaciones.

- Observamos que una gran mayoría de psicosis intermedias crónicas portan un aire persecutorio, todo parece decir que en la medida en que transcurre el tiempo van dominando la referencia y la persecución (la intromisión) así sean ellas diluidas por otras variables relacionales y por las características de los Alteres concernidos. Además de lo que corresponde al poder, la jerarquía y la agresividad, dos influencias son especialmente visibles en estas evoluciones psicóticas: la de la sexuación/sexualidad (en la carga erótica, en la posición sexual, etc.), y la del componente megalómano o, al menos, fuertemente egocéntrico.
- **Para la eclosión del delirio lo importante inicialmente parece ser la evaluación y anticipación del mundo (y la posición del Ego en él). El paso posterior tendría que ver con las querencias contradictorias.** Lo fundamental para la constitución de un delirio y definición sería la gestión alterada que “se” hace de o con uno mismo (Fulford, 16) y no el tema de si se da o no una falsa representación del mundo. Esto nos lleva a la idea de autores como Currie y Jureidini (17) que inciden, para el delirio, no tanto en las creencias como en los manejos y elaboraciones de los aconteceres psíquicos (por ejemplo, el paranoico que imaginaría “p” y tomaría esa imaginación como creencia). Tales propósitos no dejan de recordar a Castilla del Pino (18, p.36) que con otra terminología nos dice que el fallo lógico “del error delirante” sería la transformación de un “juicio hipotético” en un “juicio denotativo” (“de realidad” para el autor). Las creencias delirantes por más convicción absorbente que se dé tienen además cualidades particulares, y sus consecuencias –afecciones y comportamientos- no son los habituales.
- Los llamados desarrollos de la personalidad –Jaspers (19), Kretschmer (20)- en los delirios, por definición, se centran en la continuidad de los fenómenos clínicos en esa personalidad. En parte es así, pero –desde nuestra perspectiva- en gran medida no: la ruptura, aún en esa aparente sucesión lineal, se origina en la suma de las querencias contradictorias que conciernen no ya a aquello que es querido sino al propio sujeto (Ego) de la querencia.

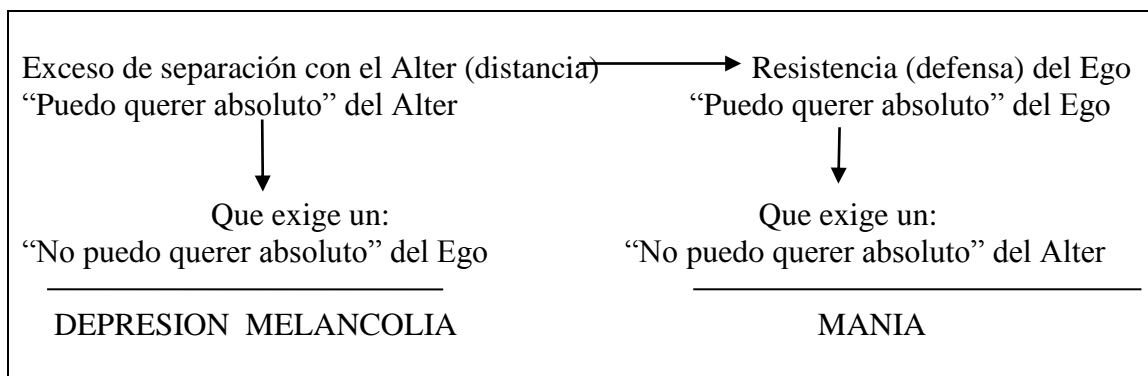
4. GENERALIDADES ENTORNO A LAS PSICOSIS (ESQUIZOFRENIAS, DEPRESIONES MELANCOLICAS Y MANIAS)

- Hemos mencionado en las psicosis los querer y los poderes como verbos de índole absoluta, a pesar de la inadecuación de los términos pretendemos remarcar con ello que se cierran en sí mismos. Mientras que el primer, o el único, querer toma como objeto de segundo orden el verbo que le sigue (querer “querer”, querer “poder”); el segundo verbo carece de intencionalidad –en el sentido de que no es un “querer x” o un “poder x” (o “que x”).

- Nos hallamos ante unos trastornos que se desplazan en un terreno pre-intencional donde las palabras pesan diferentemente al no inscribirse en dimensiones semánticas precisas. Es un desempeño que insertado en el Fondo no se hace Contenido definido y de este modo la marca del sustrato corporal luce más evidente.
- **En trabajos anteriores (Zuazo, 21) hemos situado las esquizofrenias en el ámbito de los “quiero querer” absolutos. Con las salvedades señaladas en cuanto al peso de las palabras en estas patologías propondremos algunas modificaciones en los términos aunque permanece el espíritu de lo descrito entonces.**
- **Las esquizofrenias se enlazan con fenómenos intromisivos (excesos de unión) de primitivos Alteres que solicitan desde un “puedo poder absoluto” del Alter el “no puedo poder” mimético del Ego. En la depresión melancólica y la manía, la distancia excesiva traduce un “puedo querer absoluto” del Alter autosuficiente que desdeña al Ego; la resistencia o defensa de este último se traduce en el “puedo querer absoluto” del Ego.**
- La nominación de los absolutos querereres y poderes es imposible. No estamos, por ejemplo, ante un poder querer absoluto como querer genérico, o como potencia de querer (o de poder en su caso). Hay una incapacidad procesual. Los absolutos toman aires inauditos de sobrevivencia, de vida y muerte, de ausencia de afectos y significaciones elaboradas. Tal vez en estos sentidos podemos insinuar que nos encontramos ante rupturas asociativas, axiomas lógicamente imposibles, cuerpos vacíos de sentido, disgregaciones y extrañezas.
- **Mientras que el “puedo poder absoluto” del Alter, enlazado en el juego de las simultaneidades de opuestos, demanda un “no puedo poder absoluto” en un ambiente de persecución y de influencia, el “quiero poder absoluto” del Ego y su posición opuesta en el Alter se mueven en la megalomanía.**



- El doble camino en el caso de la patología del humor nos lleva a depresión melancólica y a la manía:



- Si para la plena consciencia humana se trata de nominar los opuestos, ¿qué es lo que se nombra?. Desde nuestro modelo lo nominado ha de referirse al Fondo psíquico, mental por tanto y no consciente, al menos como pasaje en el caso de que se postulen orígenes (causas) en el sustrato corporal (Zuazo, 11).
- En las psicosis (esquizofrenias, depresiones melancólicas, manías), la nominación del conflicto resulta imposible por su carácter que va más allá de las contrariedades y contradicciones de las querencias. ¿Qué es ese más allá?: escribíamos que quizás la respuesta se sitúa en las incompatibilidades reales que, después, se traducen parcialmente en oposiciones dentro de los mismos procesos psíquicos.
- **En las manías y en las melancolías, las incompatibilidades estarían ligadas a las variaciones de la aceleración (y como consecuencia de la velocidad) de los procesos, variaciones que se expresarían en la dirección y en el empuje hacia el mundo. La nominación posterior se expresaría como un “poder querer absoluto” gestado en la incapacidad de fruición adecuada (y por lo tanto también en la incapacidad de diferenciación nítida de lo mental y, ante todo, de la propia realidad a captar). En las esquizofrenias las incompatibilidades reales (tanto en el cuerpo tomado como sustrato como en el mundo real) son relativas esta vez a la integridad y a la capacidad traducidas en lo procesual nominado como “poder poder absoluto”.**
- Las homogeneidades clínicas en algunos subgrupos de las psicosis pueden deberse a su pasaje o absorción por la identidad biográfica. Pasaje que se complementa con las específicas capacidades cognitivas del interlocutor sumergidas en lo sociocultural. Un factor no desdeñable en las variaciones de las psicosis constituye la “psicotización intermedia” (pseudó) e incluso la “neurotización” (pseudó); por ellas un psicótico puede delirar con aspecto intermedio, ofrecerse con aires neuróticos (obsesionarse por ejemplo), o –seguramente- presentar trastornos asimilables a los de la personalidad.

5. SOBRE LAS ESQUIZOFRENIAS

- La discordancia esquizofrénica se presenta como una alteración íntima de los procesos psíquicos que a efectos de la nominación se hace contradicción absoluta, con incompatibilidad. De esta manera, no se desintegra lo querido, sino quien quiere, y esta vez de forma absoluta.

Estaríamos ante una intra-discordancia en paralelo con la modificación de los núcleos y relaciones de la realidad (se añadan o no nuevos núcleos y relaciones en tanto “neo-reales”). El delirio esquizofrénico no se asentaría en primera instancia sobre una nueva construcción sino sobre la destrucción de la realidad (compartida); eso es el silencio no nominado (por tanto tampoco denominado).

Extrañezas, incongruencias en la armonía de lo sincrónico y en la melodía diacrónica, mente en blanco, rupturas y variaciones temporales serían lo que resta en lo inmediato; el delirio paranoide o las modificaciones posteriores pseudointermedias o incluso pseudoneuróticas serían secundarios, como consecuencias reactivas o como reestructuraciones.

- El fenómeno elemental, las perplejidades, los vacíos de significación, el pequeño automatismo de Clérambault (4), nacerían como vivencias subjetivas primarias en el sentido de Húber (6). Podría sin embargo darse algún malentendido, al fin y al cabo estamos ante muy espinosos temas que nos obligan a hacernos algunas preguntas:
 - ¿Se presenta el fenómeno elemental como la supraestructura de una infraestructura que le da origen según la forma que hemos propuesto en el conjunto clínico elemental?
 - ¿El fenómeno elemental es una especie de psicosis reducida a mínima como lo sugieren algunos autores (Alvarez, 22)?.
 - ¿Se confunde el fenómeno elemental con el concepto más fenomenológico de trastorno generador?.
- El problema del esquizofrénico nos dice Grivois (23) no es de identidad o de existencia sino el de la certera consciencia sobre quién es el que inicia los acontecimientos: me equivoco (pensando que lo inicia el otro) y lo hago rotundamente, con plena convicción. Sobre dificultades en la memoria de trabajo nos hablan Goldman-Rakic (24). Para Frith (25) el fallo se sitúa en la “metarrepresentación”, lo que dejaría al esquizofrénico con dificultades para lograr la conciencia de las metas, de las propias intenciones, y de las acciones de los demás. Estas son algunas propuestas de orígenes que también nos son ofertadas desde la psiquiatría fenomenológica: la pérdida del sincronismo vivido, del contacto vital con la realidad (Minkowski, 26), se emparenta con la pérdida de la evidencia natural en Blankenburg (27); Sass y Parnas (28) suponen que esa pérdida de la evidencia es consecutiva a un fallo en la intencionalidad pre-reflexiva con disminución del sentido del yo y con una gran hiperreflexividad.

- **El trastorno generador consiste en una especie de regla que va a aplicarse a las diversas facetas del psiquismo generando en ellas las consecuencias derivadas de esas reglas. El fenómeno elemental queda con las manos libres para situarse en la soledad, es decir, fuera de una totalidad categorial (o en colectividades más reducidas). También es verdad que el fenómeno elemental puede entenderse como una especie de mínima división de un holograma o –en otro sentido- de un fractal.**
- Volviendo a preguntas y a propuestas, ¿estaríamos ante pulcras categorías definidas según rasgos binarios o ante propiedades graduales necesarias?, ¿serían categorías más o menos difusas según el modelo de los prototipos? (Rosch. 29), ¿estaríamos más bien ante un cúmulo de propiedades no necesariamente compartidas según el modelo del “parecido de familia” (Wittgenstein, 30)?.
- En cualquier caso la dificultad sino imposibilidad, para establecer diagnósticos precisos, estables y consensuados inclina las perspectivas hacia las dimensiones. Nosotros por nuestra parte, hemos optado –como se señalaba anteriormente- por los conjuntos clínicos elementales (CCEs): más precisos y cortantes en sus bordes con respecto al exceso relacional, el conflicto de base y los modos de elaboración ligados al signo y al símbolo (Zuazo, 12), y más inespecíficos y de bordes difusos en lo que toca a los fenómenos clínicos que resultan así equifinalistas.
- La simultaneidad de lo que hemos denominado contradictorios absolutos en la esquizofrenias no es, como intra-discordancia, una disociación o ambivalencia “de la vivencia, sino alteración de la actividad psíquica definida por el movimiento contradictorio de los propios procesos psíquicos” (Follin 31, p.221). Del desear “x” y no desear “x” (psicosis intermedias), se pasa a esos anhelos absolutos que más bien suman deseo e indiferencia. La esquizofrenia iría para Follin (ibid), más allá de la disgregación de sí, hasta el “desgarramiento de la propia conciencia” (p.259). El juego contradictorio de los procesos se expresará en el acto y la inmovilidad (catatonia), en el vivir y no vivir un mismo afecto, en la inmovilidad inerte y la impulsión, en la homogeneidad y fragmentación del pensamiento. Ya Minkowski (26, p.25) nos decía que el esquizofrénico “no es demasiado sensible o demasiado frío (...), es las dos cosas a la vez; es también alguien hundido en la hiperestesia y en la anestesia”.
- **Cuando pensamos lo imposible (en la suma de contrarios), nombramos lo innombrable precisamente como innombrable (Zuazo12): en este caso nos encontramos con un objeto del pensamiento imposible de ser, pero no imposible de ser nominado. Lo imposible de pensar es el área de la contradicción, que modifica el verbo y traba el pensamiento.**
Nominar las querencias contradictorias es un imposible. No hay hiperónimo de los polos contradictorios, no hay dimensión semántica. Ante la incapacidad de la elaboración mediante el signo se pone en marcha la metáfora, que si fracasa deja su lugar al Sb1 y cuando él tampoco nada logra (contradicciones) surge la elaboración del Sb2.

- El último paso elaborativo es el que acontece en las psicosis intermedias. Sin embargo las psicosis, en especial las esquizofrenias, son otra cosa. Escribíamos que mientras que en las psicosis intermedias las querencias contrarias suman un querer y un no querer modalizando una proposición simple o relativa (acercarme, alejarme, comer, cubrir tal o cual aspecto, etc.), en el caso de la esquizofrenia la modalización del querer se refiere al poder cerrado en sí, y de manera absoluta (no como metáfora de la libertad o de algo similar).
- Según que el SPR esquizofrénico se instale en uno u otro de los polos de las complementariedades conflictivas e inadecuadas podemos encontrarnos siguiendo los querer absolutos del Ego / Alter:
 - Un polo de índole persecutoria con las complementariedades “quiere querer absoluto” del Alter y “no quiero querer absoluto” del Ego.
 - Otro polo de tinte megalómano con los “quiero querer absoluto” del Ego y “no quiere querer absoluto” del Alter.
- En el juego de esos absolutos domina la incapacidad tanto para diferenciar el cuadrado lógico, para establecer limpias dimensiones semánticas, como para definir los subcontrarios. La inestabilidad podrá además ser muy marcada.
- Las formas clínicas en las esquizofrenias pueden finalmente poderse resumir (Liddle, 32) en aquellas donde dominan los aspectos deficitarios, en aquellas en las que sobresale la desorganización, y en las “productivas” paranoides; sin olvidar, en muchas líneas teóricas, las que aúnan la clínica esquizofrénica y la tímica. La experiencia psíquica no puede sino resquebrajarse en evoluciones con aires de déficit más o menos manifiesto; en el delirio desordenado, repetitivo con rupturas y retornos, se expresa una disgregación que a veces ocupa el primer lugar. Impotencia de la nominación, desorden de la simultaneidad de los contradictorios absolutos, persecución, megalomanía y desestructuración de la realidad consensuada tejen las esquizofrenias homogeneizando una clínica que probablemente es mucho más heterogénea en los sustratos y en el Fondo.
- Pueden en estas psicosis darse vivencias iniciales de mundo peligroso que, sobre todo, comportan objetos primitivos (absolutamente) peligrosos capaces de destruir las incipientes identidades. Quedan como recuerdo de tales experiencias constitutivas formas de funcionamiento cognitivo y afectivo muy sensibles a los excesos relacionales (especialmente a la intromisión) que buscan el mantenimiento de la distancia con los Alteres en el retiro del Ego. El carácter primitivo se traduce en oscilaciones, atribuciones cruzadas de intenciones y actitudes idiosincrásicas, con gran extrañeza en el interlocutor.
- Pero además, ¿cómo adscribir esos “querer poder” a sujetos y objetos evanescentes?, ¿cómo situarse en posición de sujeto cuando las acciones o las intenciones propias son ignoradas?. La esquizofrenia se inscribe en una profunda “inseguridad ontológica” (Laing, 33), las preguntas tocan al propio ser como sistema, como organización, y a su puesta en marcha como agente. El peligro desborda al individuo de tal manera que la integración se resquebraja y los elementos se independizan.

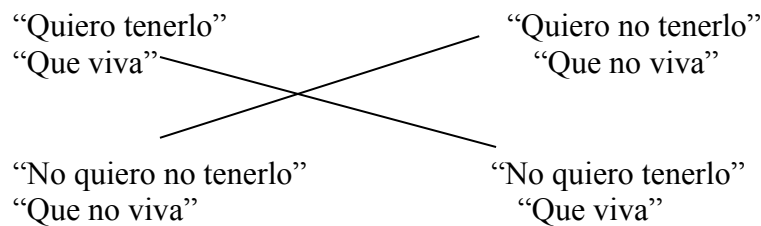
6. LAS DEPRESIONES Y SUS FORMAS

- Tal vez toda depresión es consecuencia (como traumatismo o como desencadenante) de una pérdida, pero en cualquier caso toda depresión es una pérdida, y de extraordinaria severidad en el caso de la incapacidad anhedónica melancólica.
- Las querencias en las depresiones siguen derroteros particulares:
 - Despejaremos inicialmente **la tristeza traumática que es hija de la frustración** y que se confunde a veces con ella. Constituye la pérdida en su básica manifestación según la valoración original de quien vive esa pérdida.
 - En **la tristeza conflictiva neurótica** el individuo se siente triste por la pérdida y a la vez, con alguna conciencia, siente cierta responsabilidad en el asunto o capta algún anhelo en el sentido de esa pérdida. La pareja de los opuestos contrarios está integrada por el “quiero tenerlo, que no falte, que esté vivo” / “quiero no tenerlo, que falte, que esté muerto”.
 - En **la tristeza psicótica intermedia** el individuo conscientemente, desde las memorias e inferencias, no capta sus responsabilidades en la pérdida. Sin embargo sintomáticamente se expresan las oposiciones contradictorias (“quiero tenerlo, etc.” vs. “no quiero tenerlo, etc.”), y no únicamente como opuestos contrarios queridos (“quiero tenerlo si” vs. “quiero tenerlo no”) sino (“quiero / no quiero) como contradictorios que incumben a las mismas querencias .

DEPRESION	ALTERACIONES
Traumática	• Pérdida y frustración
Neurótica	• Querencias opuestas contrarias
Psicótica intermedia	• Querencias opuestas contradictorias
Psicótica o melancólica	• Pérdida de la capacidad de fruición

- Las evoluciones conflictivas, que en ocasiones silencian para la conciencia incluso el carácter de la pérdida, vienen como consecuencia de la oclusión de las propuestas querenciales en el sentido de la pérdida (“quiero no tenerlo”, “no quiero tenerlo”).

El cuadrado lógico se nos ofrece como sigue:



La elaboración mediante el Sb1 se aplica a la contrariedad:

"Quiero tenerlo –Quiero no tenerlo"

La elaboración mediante el Sb2 se dirige a los contradictorios:

"Quiero tenerlo" / "No quiero tenerlo"

- "No quiero tenerlo, que viva..."- "no quiero no tenerlo, que no viva...", son subcontrarios inestables que se contaminan con la contradicción original ("Quiero tenerlo, que viva – No quiero tenerlo, que viva")

Se absolutiza la situación:

- Que se expresa en un pensamiento imposible dual extremo, cambiante, incapaz de asentarse y de hacerse en plenitud consciente, sin posibilidades de síntesis.
 - Con la ausencia de querencias conscientes graduales situadas entre los dos polos opuestos que se absolutizan.
- La absolutización conlleva también, por razones estructurales del SPR, el que: "si yo no", "tú"; "si tu no", "yo"; "si yo y tú no", "él".
 - Según estos movimientos, la oclusión del "yo no quería p" ("yo no quería que murieras") me lanza a "el sujeto de p quería p" ("tú querías morirte"), o hacia un segundo Alter: "él quería que murieras" o, al menos, "el ha sido responsable de que murieras".
Cuando la pérdida se refiere a algo altamente significativo (una parte del individuo por ejemplo) puede hacerse moneda de transacciones entre el Ego y los Alteres, pero la situación es capaz también de cargarse de animismo y de atribuciones inusitadas al destino o al otro: "yo quería tenerlo", "él quería tenerlo" ("él quería quitármelo"); y también "ello quería estropearse, dañarse, perderse, dejar de ser mío".
 - **Tanto en la depresión neurótica (Sb1) como en la psicótica intermedia (Sb2), el cuadro variará siguiendo los rasgos particulares del Alter perdido (o según "lo" perdido en general), siguiendo el género/sexo, la filiación/afiliación y el poder, los diferentes cuidados, la integralidad del individuo, etc.**
 - **A diferencia de lo que sucede en las psicosis intermedias (Zuazo, 34), en la depresión paralela (intermedia) la modalización de la querencia no es un hacer (agredir por ejemplo), sino un estado del mundo ("que él viva", "que yo esté completo"...), como si quisiera**

que se produzca algo que está fuera de mis manos, de mi poder (en el regazo del azar, del destino, del otro). Cuando varían las cosas y la querencia se baña en el hacer, la depresión cobra fuerza delirante referencial con frecuencia cargada de aires mágicos. Es la diferencia entre un “quiero que muera” y un “quiero matarle”, situación esta última donde yo sería el agente directo.

- Todo lo anterior, como pérdida, me devalúa, me daña, me hunde y –lo que es más- me hace dudar fuertemente sobre las posibilidades de que las cosas varíen. Se prefigura una anhedonia nacida de mi anticipación negativa de “curación” y aún de alivio: lo que me falta es demasiado grande. No obstante estamos aquí ante un sentir que aunque dificultoso toma distancias de la anhedonia melancólica propiamente dicha.
- La depresión es más importante, cuantitativa y cualitativamente, de acuerdo a las características de lo perdido, y lo perdido –en parte- se construye y modula según la anticipación (pre-supuestos de base y SPR).
- La depresión, quizás cualquiera sea su tipo, comienza con un trauma-pérdida (exceso de separación) que se impregna con el conflicto ya desde la anticipación en la captación (que puede corresponder a un SPR marcado previamente por conflictos).
- **Con la depresión melancólica brilla en su apoteosis la pérdida puesto que con la falla en la capacidad de placer y gusto se pierde el acceso constructivo a la misma realidad.**
- **Depresión melancólica y manía son psicosis que desde las tentativas de nominación y de los empujes querenciales sumergidos en el Fondo se asientan en los “querer querer absolutos”.**
- En un cambio cualitativo con respecto al resto de depresiones, las melancólicas seguramente brotan de una separación que empobrece brutalmente al individuo que fragua la omnipotencia supuesta de lo perdido. Su expresión se encuentra en el “quiero querer absoluto” del Alter y –especialmente- en el “no quiero querer absoluto” del Ego.
La manía nacida en la resistencia y defensa del Ego lanza un “quiero querer absoluto” que exige el “no quiero querer absoluto” del Alter. Las manías, aunque fracaso profundo, pretenden unos “hago lo que quiero”, “soy autosuficiente”, “todo me solicita”, “todo lo anhelo”. En la franca megalomanía “soy yo el origen y fin de todo anhelo”.
- Lo que se anhela, por definición, no está ahora, es futuro. Si el futuro desaparece, con él cae la querencia. Sin la querencia la captación del mundo se difumina. El depresivo melancólico –como el maníaco- es impotente ante un transcurrir que oscila con aceleraciones no constantes que se definen en función del tiempo.

7. SOBRE LA FRUICION Y LA DEPRESION MELANCOLICA

- **La tristeza es una afección (emoción y sentimiento), la depresión melancólica es sin embargo la ausencia del “me gusta”, la incapacidad de sentir placer, la anhedonia en su verdadero esplendor. En la tristeza se da un “no me gusta” que indica, por lo mismo la capacidad para desenvolverse en el eje del placer, en la melancolía el “no me gusta” deja su lugar al “no siento sentimiento”.**
- Habíamos señalado que Zubiri (35) hace del gusto/disgusto (“frucción”), en la captación del mundo y de nosotros mismos, cualidades que tiene “todo sentimiento en tanto que atemperamiento de la realidad (p.334)” y no meros sentimientos. Para el autor toda intelección supone un acto de estimación que, a diferencia de Scheler (36) por ejemplo, se inscribe en nuestras posibilidades de situarnos ante, o en, la realidad. En la depresión melancólica fallaría la “dimensión práctica del percibir () o más bien del sentir, la de la comunicación simbólica con las cosas” (Strauss citado por Maldiney, 37, p.783).
- No es preciso seguir totalmente a Zubiri (35, p.346) (en quien la frucción no es un acto o estado “míos” sino de “actualidad de lo real” que desde fuera capto) para que siguiendo su sendero **entendamos la anhedonia melancólica como seria dificultad para lograr la sintonía –pre-intencional- con el mundo. En este sentido melancolías y esquizofrenias, por caminos diferentes, se enlazan.**
- Cuando muere la capacidad de frucción haga “a”, “no-a”, o “b” los resultados son los mismos: se confunden Alteres, cosas, acontecimientos, nada resalta en un fondo desdiferenciado. El empuje hacia el futuro desaparece, todo se enlentece con la “pérdida de ganas para...”, cae la velocidad pero porque previamente ha caído el impulso, por tanto la aceleración.
- **La manía sigue el camino opuesto: la frucción se desencadena, “quiero hacerlo todo”, con gran aceleración, en un mar inestable de cambios, de colores impresionistas, de saltos y de variaciones, en un presente que se hace continuo sin diferenciación de futuro planificado o suficientemente anticipado. El mundo se fragmenta, sin consistencia (Binswanger comentado por Lanteri-Laura, 38).**
- La clínica del pensamiento deslizante tiene que ver con las aceleraciones y las velocidades (altas) en el flujo de lo psíquico. Telescopajes, contracciones, ausencias de elementos de relación familiares y frecuentes en el pensamiento entendido como lenguaje interno (Luria, 39) brotan en una comunicación imposible. Lo que es un medio se transforma en procedimiento único general. Las palabras, especialmente los verbos, se deslizan en asociaciones sin fin y sin encontrar puntos de anclaje.

Algo así como alguien que se desplazase en una enorme superficie resbalosa y vacía.

- **El pensamiento deslizando en su presentación triunfal se lanza hacia la fuga de ideas maniaca.** Sin embargo, en menores o en diferentes grados, la excitación temperamental –en su sentido de acompañante instrumental- se nos ofrece en un buen número de patologías (tóxicas por ejemplo, disociativas también) como capaz de generar esbozos de pensamiento deslizando. La excitación nacida en los síndromes confusionales y en algunos episodios psicóticos intermedios también se expresa en formas de esta modalidad de pensamiento.
- Seguramente hay que tener gran cuidado cuando distinguimos contenidos o temas y cursos del pensamiento, no obstante parece poderse afirmar que lo contrario al pensamiento deslizando sería el flujo fijo o extremadamente lento, mientras que lo contrario a la temática cambiante (por ejemplo en la variabilidad histérica) sería el pensamiento adherido al anhelo de control (obsesivo o, en ocasiones, sensitivo). De índole muy distinta es la disgregación esquizofrénica, clásico trastorno del curso del pensamiento, que toma caminos disarmónicos donde coexisten, se alternan y se embarullan los contradictorios.
- La difusión de bordes en la realidad y el empobrecimiento en la captación de las facetas parecen pues hijos del desinterés nacido con la pérdida de la capacidad de fruición melancólica. Añádanse las dificultades en la anticipación (solo se ve lo que se prevee), y nos quedaremos con un individuo tan solo atraído por un pasado colmado de “si hubiera yo ...”.
En la manía la aceleración se desborda, se hace velocidad eufórica pero llena de interrupciones y empujones. No es difícil que tales quehaceres sean experimentados (con carga delirante) como fruto de la aplicación de fuerzas externas.
- **Anhedonia melancólica, disminución del empuje y de los impulsos, disminución de la aceleración y disminución de la velocidad marcan el psiquismo y la corporalidad y seguramente el mismo cuerpo como sustrato. Aumento de impulsos, aumento de la aceleración y de una cambiante velocidad son los motores maniacos. En ambos casos –a diferencia de lo psicótico intermedio- alterándose de forma pre-intencional la íntima captación de la realidad.**
- Bien es cierto, otra vez, que el hecho de que el maniaco esté inmerso en las aceleraciones bruscas y variables, con velocidades consecutivas similares, nada nos dice del origen de tales aceleraciones. La excitación, la euforia-disforia, o la incapacidad de construir un presente ante ese futuro que se le viene encima al maniaco, podrían ser efectos de las alteraciones en la aceleración, pero también podrían estar en los orígenes de esta última.
- Nosotros hemos tomado la opción de lo relacional, de la búsqueda de la distancia oportuna y del peso de la consciencia para la definición de lo humano. Lo no consciente se hace humano a través de su implicación y enlace con la condición consciente. Nos encontramos en este camino con la nominación y las querencias

absolutas, las querencias y la distancia oportuna, los conflictos emergiendo en un Fondo pre-predicativo implicado con la corporalidad y con lo corporal.

- Desde la consideración del flujo, en la medida que los trastornos sean más homogéneos en cuanto a la velocidad de los procesos psíquicos, el carácter de la egosintonía será mayor. En esos casos la eficacia (en los resultados) puede incluso verse aumentada. La queja, a lo sumo, podrá referirse a algún cansancio o sentimiento de presión.
- Si las aceleraciones son sostenidas, el individuo no tiene tiempo y capacidad para habituarse a la velocidad creciente del flujo. Las evoluciones se complican aún más con las variaciones en esa aceleración. Proponíamos que pueden aparecer entonces, además de la clínica del pensamiento deslizante, las captaciones distorsionadas en lo intencional (ideas de referencia, influencia, etc.).
- Las melancolías y las manías son alteraciones del flujo en los procesos de pensamiento, pero también (sobre todo a veces) trastornos encarnados, corporales por tanto: funciones vitales alteradas en las variaciones de la aceleración y en sus consecuencias sobre la velocidad. Cuando las aprehensiones de una realidad alterada son muy importantes, se agravan las cosas.
- A pesar de la facilitación que supone, una cosa es la proyección en un futuro, y otra el que ese porvenir sea necesariamente venturoso en su incrustarse en el presente. Esto último es lo que se nos ofrece en las manías por razones también querenciales y de contenido. Estamos ante el predominio del “puedo querer absoluto” triunfante sobre la alternativa similar en la querencia del Alter (en contraste con la primacía melancólica del “no puedo querer absoluto”).
- **No podemos olvidar una importante disimetría entre las melancolías y las manías, mientras que las primeras son siempre homogéneas en la caída del ánimo y en la anhedonia (con o sin ansiedad desbordante), las manías raramente lo son: en ellas, cierta carga de malestar y de ira, también de perjuicio, expresan – desde nuestro punto de vista- la posición del Ego maniaco en una realidad que con fuerza variable capta esbozadamente como alterada.**

8. SOBRE LA HIPOMANIA TEMPERAMENTAL Y LA MANIA PSICOTICA

- **En la hipomanía se da un aumento de la velocidad en el hacer del psiquismo que no es capaz de dañar severamente la construcción del presente y del futuro como sucede en las variaciones de empuje maniacos. El lanzamiento hacia el futuro cuenta con un tono sostenido con capacidad de anticipación, es decir: de preparación. El pasado no pesa como en la manía por sus aires negativos sin posibilidad de corrección. Se puede ser rápido y eficiente en el presente hipomaniaco, todo va más rápido pero no con variaciones suficientes para hacer perder la mano sobre las cosas. La hipomanía, desde esta aproximación, es cualitativamente distinta a la manía.**
- Manía e hipomanía tienen en común precisamente la velocidad y la tenaz proyección en un futuro –más confusa y “presentificada” en la manía. La realidad del presente hipomaniaco es coloreada, diferenciándose las facetas (así sean caleidoscópicas), y cargándose esas facetas de anhelos y querencias-inclinaciones. La manía, sin embargo, dominada por las aceleraciones, se entrecorta, viviéndose incluso algunos elementos, escribiémos, como materia impuesta (delirante).
- Si la manía es del dominio de la capacidad de fruición, la hipomanía corresponde más a lo temperamental y vital.
- Tal como la hipomanía se asocia con la manía en experiencias y descripciones clínicas, podemos también hacer el paralelo entre la depresión melancólica y lo que pudiéramos denominar la hipomelancolía.
En la melancolía cae la aceleración que se hace casi ausente, cae la velocidad, cae el impulso, cae la fruición (en tanto capacidad de “gusto por...”). En la hipomelancolía, sin las variaciones significativas de la aceleración, disminuye la velocidad en una atmósfera clínica que a pesar de recordar lo depresivo melancólico es cualitativamente distinta.
- La psicosis maniaco-depresiva forma la matriz del trastorno bipolar en cuanto simetría opuesta entre las depresiones melancólicas y las manías.
La proximidad corporal en la clínica de la manía y su parentesco sintomático con la hipomanía, y por lo tanto para nosotros con lo temperamental y vital, han llevado a la asimilación de estos síndromes en el gran espectro bipolar.
- Cabe no obstante preguntarnos según la aproximación etiopatogénica que estamos proponiendo: ¿a partir de la hipomanía pueden surgir las manías?, ¿a partir de la hipomelancolía –o de las depresiones neuróticas o psicóticas intermedias- pueden surgir las depresiones melancólicas?, ¿la asociación hipomanía y depresión melancólica es un trastorno asimilable al maniaco-depresivo?. Es evidente que los

aires de los tiempos responden un sí rotundo a algunas de las últimas propuestas (Akiskal, 40). Desde la posición que sostenemos aquí, los trastornos temperamentales (y vitales) se suman a la clínica de la manía o de la melancolía, e incluso a la del resto de depresiones en formas sólo superficialmente bipolares.

- Que se produzcan alteraciones maniformes (que no maníacas) en algunos episodios delirantes intermedios o confusionales no expresa sino que también en estos casos la aceleración y la velocidad de los procesos puede alterarse. Sin embargo los movimientos elaborativos concerniendo a otras frustraciones, accidentes y conflictos hacen variar las posiciones clínicas, y las diagnósticas.
- Surgiendo con fuerte carga temperamental y vital se manifiestan algunos síndromes, en ocasiones con clínica monocorde, en otras con clínica mixta (o de aire bipolar). Dado que lo temperamental y vital se enlazan en todos los acontecimientos psíquicos y somáticos con la solidez de lo propio, que sean origen, consecuencia o mezcolanza no nos importa demasiado en estos aspectos que ahora tratamos.
- **De manera más general, entre los trastornos marcados por los factores temperamentales y vitales encontramos:**
 - **La hipomanía y la hipomelancolía, en las que el umbral de excitabilidad, el nivel de intensidad y sobre todo el curso (velocidad) en el funcionamiento psíquico y somático se ven perturbados.**
 - **La falta de persistencia suficiente y la impulsividad, o sus contrarios (control excesivo, persistencia excesiva) que lucen como verdaderos trastornos en el marco del control y del curso cognitivo, afectivo y comportamental.**
 - **Los umbrales de alta y baja excitabilidad que en ocasiones tienen que ver directamente con trastornos en los que el miedo (con cierto aspecto de “angustia vital”) puede ser calificado de temperamental (o de temperamento de miedoso).**

9. MEZCLAS Y BIPOLARIDADES

- **Mezclas o estado mixtos pueblan una clínica en la que es factible situarse, para su captación y descripción, tanto en los niveles sincrónicos como en los de las sucesiones; según el primer caso (sincronía) nos encontraremos las asociaciones entre:**
 - **Los diferentes CCEs.**

- Los CCEs y los estilos cognitivo afectivos o los trastornos de la personalidad.
 - Los estilos cognitivo afectivos o los trastornos de la personalidad y los estados neuróticos o psicóticos intermedios.
 - Los variados trastornos citados y las psicosis (esquizofrenias, depresiones melancólicas y manías).
- Desde nuestro criterio, contribuyen pesadamente a las simultaneidades entre los estados clínicos y las manifestaciones calificadas de afectivas tres áreas distintas:
- Por una parte las implicaciones en las psicosis esquizofrénicas (y también en las psicosis intermedias) de **los subsíndromes de persecución y de megalomanía.**
 - Por otra, aquellos elementos que conciernen al **temperamento en sus versiones hipomaniacas o hipomelancólicas.**
 - **Y sobre todo, el fundamental mundo de las afecciones en sus versiones de la alegría y la tristeza.**

Siguiendo la orientación tópica, nos hemos colocado entre quienes proponen para la esquizofrenia dos variedades de fenómenos clínicos productivos: aquellos en los que el objeto cubre al sujeto (formas sintomáticas de persecución) y aquellos en los que acontece lo opuesto (formas siempre sintomáticas y no necesariamente sindrómicas de megalomanía). Las alteraciones podrán escenificar manifestaciones pseudo maníacas, pseudo depresivas, o bipolares en su más amplio sentido.

- **Lo temperamental y vital son parte de la identidad,** y en sus variaciones originales la atraviesan. Este campo está fabricado con los mismos materiales que el resto de acontecimientos de expresión psíquica dominante. Así pues independientemente de su origen (de su causalidad tal vez) se dibujarán ámbitos, como se señalaba en la segunda parte de este trabajo, según niveles, cursos, umbrales y capacidades de control.
- Uno de esos ámbitos es, genéricamente, el de la hipomanía. Para autores como Akiskal (40), las variaciones temperamentales hipertímicas y las ciclotímicas entrarían, como la hipomanía tradicional, en un espectro específico. Desde nuestro punto de vista, como es el caso en los conjuntos clínicos, las continuidades no impiden los cortes cualitativos (modos) en su seno. La distancia entre lo temperamental hipomaniaco (o en otro grupo, hipomelancólico) y las manías sería así cualitativa. En cualquier caso, recordamos, las variaciones temperamentales se suman y se integran con todos y cada uno de los procesos y de las actualizaciones clínicas en una fenomenología de aires siempre complejos.
- **La carga afectiva es implícita a cualquier contenido psíquico.** Si es consciente, o en cualquier caso nominado, el material cuenta con el componente sentimental en el plano del Contenido (significado relacional). Además se sobreañade la afección como reacción al todo de la unidad psíquica en cuestión. La atracción o el rechazo, activos o pasivos (sucesivamente, acercarse, tocarse, sorprenderse, alejarse, deshacerse, temerle, tenerle asco...), conllevan también emociones y sentimientos que se suman al amplio registro de los

temores/ansiedades. Siguiendo a autores como Plutchik (41), la tristeza y la alegría en todas sus variedades ocupan un preponderante lugar como marcas o guías: “la misión va bien”, o “yo voy bien”, o-incluso- “he triunfado”, “la misión va mal”, o “he fracasado”.

- **La tristeza y la alegría** nacerán como afecciones en experiencias psíquicas de fracaso o de triunfo según unos logros directa o indirectamente inscritos en las relaciones. Si hay movimientos tempestuosos y oscilantes así lo serán también las afecciones (por ejemplo en algunas psicosis intermedias, aunque no solo en ellas), si se dan rebosamientos por intensas oposiciones, así serán también las afecciones.
- Recordaremos de nuevo que si **sólo es cíclico lo que sigue una regla de repetición**, esa repetición –en sí misma- no encierra a la regla, sino que ésta se le añade: no todo lo que se repite es cíclico.
- A pesar de que siempre podemos preguntarnos porqué no hay definida una clínica sindrómica polar en torno al amor/odio, la realidad es que únicamente la polaridad tristeza/alegría se presenta tradicionalmente como asunto clínico basal y clasificatorio. Las afecciones (emociones y sentimientos) son captadas como puntos situados en dimensiones semánticas (por tanto comprendidas entre dos polos contrarios).
- La tristeza/alegría cuentan con unas posiciones propias definidas por la bipolaridad y colocadas en la base de los diversos contenidos psíquicos. Esta bipolaridad se abre también a cortes cualitativos:
 - En el estado de humor, como melancolía y manía.
 - En el estado de ánimo, como tristeza y alegría/euforia.
 - En lo temperamental y en la personalidad, como hipomanía e hipodepresión (o hipomelancolía).
- Es inevitable que nos encontremos al final con lo que en el principio hemos colocado (o que no retengamos sino lo que es pertinente para nosotros): así la psicopatología clínica bipolar introduce, según poderosas aproximaciones, a la tristeza y a la euforia en un solo ámbito o espectro. No obstante, quizás, podríamos plantear formas diversas de bipolaridad concerniendo a los distintos ámbitos, por ejemplo:
 - En la vieja psicosis maníaco depresiva (depresiones melancólicas/manías).
 - En depresiones melancólicas combinadas con las versiones temperamentales contrarias en cuanto afecciones.
 - En manías con combinaciones temperamentales de tinte opuesto.
 - En combinaciones temperamentales de una y otra vertiente.
 - En combinaciones que agrupan las variedades anteriores y las afecciones.
- Desde nuestro abordaje tampoco presentarían mayor extrañeza los solapamientos de los trastornos del humor y de los esquizofrénicos, tanto en las versiones melancólicas como maníacas. El “querer poder absoluto” de la esquizofrenia, profundo y elemental, puede limar las líneas diferenciales con el imperio

consecuente de la morosidad; pero también puede mezclarse en actualizaciones con los “querer querer absolutos” melancólicos y maníacos.

10. SOBRE EL CUERPO, LA CORPORALIDAD Y SUS TRASTORNOS

- Cuando se da el conflicto (psíquico) con también expresión corporal, los CCEs se hacen presentes así sea de forma minimizada o camuflada. Los cabalgamientos y asociaciones entre trastornos también serán apreciables (Zuazo, 42).
- **Somos cuerpo y tenemos cuerpo, disyuntiva generosa en potencialidades y –también- en dificultades (que en cualquier caso, evolutivamente, han debido de ser menores en importancia para nuestra sobrevivencia). Traducimos tal sumatoria en el “yo tengo el cuerpo que soy” / “yo soy el cuerpo que tengo”** (Zuazo, 43). Diferenciar el cuerpo y la mente nos ha lanzado hacia denostados dualismos que sin embargo, quiérase o no, han sido extraordinariamente fructíferos para los avances médicos. El gran –e irresuelto- problema es la articulación de esa mente y de ese cuerpo: porque “soy y tengo cuerpo” son, ambas, proposiciones mentales.
- Recordaremos que es posible distinguir algunas formas de entrada, más o menos consciente, del psiquismo en el cuerpo, sea por acción o sea por omisión:
 - Las que corresponden directamente a la motricidad voluntaria: “me desplazo”, “agarro”, “miro”, etc.
 - Las que corresponden a cambios corporales consecuencia indirecta de la acción voluntaria: utilización del ejercicio físico, etc., consumo de alimentos drogas, etc.
 - Las que corresponden directamente a la realización de actos propios sobre nuestro cuerpo: transexualidad, lesiones corporales, decoraciones y tatuajes, etc.
 - Las que corresponden a la acción indirecta prevista sobre el sistema nervioso autónomo, o –en general- sobre subsistemas corporales involuntarios: evocación por ejemplo de algo atemorizante para aumentar la frecuencia cardíaca, etc.
- **¿Y qué hay de la acción del cuerpo sobre la mente?. Tanto el “cuerpo que soy” como “el cuerpo que tengo” son del ámbito de la corporalidad (con intervención de la nominación). Si el “cuerpo que tengo” es también mental, únicamente su referencia, más allá del peso cultural, será “física” (lo que denominamos cuerpo-cuerpo).**

Es decir, “el cuerpo que tengo” no se confunde totalmente con el cuerpo-cuerpo como sustrato corporal.

El ser humano es la suma del cuerpo-cuerpo, del cuerpo-mente (corporalidad) y del resto de la mente, todos insertados en el mundo.

- Las dificultades para situar lo psicósomático en su sentido médico habitual son máximas. De hecho los problemas relativos a cualquier patología o funcionamiento donde el cuerpo se ofrece bañando y bañado por procesos psíquicos son muy vistosos, contradictorios y tienen –en general- soluciones insatisfactorias o voluntaristas (peticiones de principios).
- En cualquier caso, de nuevo, desde lo mental (Contenido y Fondo) o desde el macrosustrato corporal, dejaremos para la psiquiatría (y la psicopatología) la travesía de la identidad biográfica, y para el microsustrato corporal, en un horizonte seguramente lejano, la asunción de la totalidad del ser humano.
- **Lo somatomorfo (Zuazo, 43) porta la idea de que algo que sucede en otra parte (en lo psíquico) se expresa somáticamente. De esta manera, el cortejo somático de las afecciones o el de las disfunciones neurovegetativas no serían trastornos somatomorfos, tampoco lo sería el cuerpo depresivo; en estos últimos casos lo somático se situaría como concomitante.**
- En la nominación siempre se activa un enunciado complejo que aúna el “yo soy el cuerpo que tengo” y “el yo tengo el cuerpo que soy”; tener cuerpo y ser cuerpo van unidos, el orden es asunto de preponderancia. El “yo tengo el cuerpo que soy” nos ofrece la prioridad del “cuerpo que soy”. Su psicopatología carece de distancias psíquico-corporales: “yo soy la parte de un cuerpo que es (soy) afectado por la enfermedad”. En el “yo soy el cuerpo que tengo”, yo y cuerpo se distancian tanto como lo hacen sujeto y objeto. El cuerpo se hace instrumento e intermediario en la relación. Soy entonces diferente de lo poseído y el cuerpo se me hace en parte extraño, asequible y alterable por el otro y por su opinión; es un cuerpo capaz de perseguirme.
- Siguiendo estas reflexiones distinguiremos en estas líneas, con algunas libertades, cinco campos diferentes en los que es muy manifiesta la presencia clínica del cuerpo en psiquiatría:
 - **En la conversión la incapacidad de expresión somática es resultado de la elaboración de las oposiciones, no es consecuencia, en este nivel de aproximación, de un déficit.** Los símbolos se encarnan en ella porque nacen de la oposición de las voluntades-intenciones (Zuazo, 44). Las dificultades no estriban únicamente en las querencias-inclinaciones (gusto por...) o en el ejercicio de ese querer (querencia-volición) sino en el abrir o cerrar del movimiento implícito a la querencia (voluntad-intención): “tengo la voluntad intención que p” y –a la vez “que no –p”.
 - **El estilo represor en sus trastornos, a diferencia del conversivo, capta más o menos suficientemente el mundo**

que genera las afecciones pertinentes; y ahí está el problema: el Ego no las acepta y trata de ignorarlas, incluso con manejos conscientes. Los represores evitan el enfrentamiento con los acontecimientos estresantes e inhiben (o pretenden no reconocer) la reacción afectiva en el marco de una conformidad y de una alta “deseabilidad social” (Martínez Sánchez, 45)

- **El trastorno por somatización, generalmente cruzado con otras vivencias y estilos corporales, es el del cuerpo-queja,** queja de ese cuerpo pero también y sobre todo de las innumerables injusticias cometidas contra él y contra quien se vive como portándolo. Transmite –como el hipocondríaco- el “yo soy el cuerpo que tengo”. El cuerpo conversivo se muestra; sobre estos cuerpos del trastorno por somatización, se habla.
- **Las hipocondrías son también el dominio del “yo soy el cuerpo que tengo”, de un cuerpo que me lastra por deteriorado o porque él mismo –en la distancia- se ve invadido por la enfermedad.** Las hipocondrías menores, o neuróticas, nacen según las querencias contrarias en los terrenos de la autonomía (anhelos de juventud e independencia, anhelos de ser cuidado). En las hipocondrías mayores, psicóticas intermedias, las potentes querencias contradictorias concluyen en un mundo peligroso y en un cuerpo que –como axioma- “tiene que tener algo muy malo”, y si es así, “esto no puede ser sino un cáncer...”; cuando no es el propio cuerpo o sus partes quienes se tornan intimidantes y persecutorios.
- La complejidad de **lo psicósomático** nos obliga a andar con tiento. Territorio confuso del que no obstante parece poderse describir algún pequeño espacio. Por un lado el peso del déficit (Sifneos 46, Marty, 47) cobra preponderancia; déficit –con variedades según las diferentes terminologías- de la capacidad de elaboración psíquica; no obstante, aún cuando los acontecimientos somáticos formen bloques disfuncionales, estos están abiertos y marcados por la nominación y por alguna forma de conflicto. La atadura del cuerpo a los Alteres fusionales primigenios parece impregnarse en estos trastornos de muy primitivas contingencias.

11. ALGUNOS COMENTARIOS COMO RESUMEN PROVISIONAL

- La psiquiatría ha sido, y es, terreno poco fértil para el saber. Tradicionalmente ha ocupado el espacio que en medicina otras aproximaciones dejaban libre. Aún hoy ese saber psiquiátrico seguramente cubre terrenos que serán ocupados por otras especialidades (y contrariamente recibe también, por eliminación y a veces dejación, clínicas heterogéneas). Pero tampoco ha resultado fértil para otros saberes: toma de

aquí y de allá propuestas filosóficas, lingüísticas, lógicas, que prestadas generan pocas novedades en las (posibles) devoluciones.

Los supuestos grandes saberes psiquiátricos, escribíamos, a veces incumben a terrenos no propios, que dependen de otras especialidades, y a veces son erudiciones de comentaristas y recopiladores. Pero es lo que hay.

- Las tradicionales técnicas psicoterapéuticas lucen, cuando son hegemónicas, más que insatisfactorias en los tratamientos – sobre todo en los mundos de las psicosis. Además, incluso teóricamente, parecen poco científicas según los argumentos de los tiempos actuales (aunque muchos de esos argumentos sean también discutibles).

- Aún suponiendo que deba darse la confluencia de agentes traumáticos, de desencadenantes (según vulnerabilidad), y de relativamente simples dimensiones psíquicas y somáticas, únicamente conciernen a la psiquiatría como uso los materiales que se adscriben a la unificación identitaria.

La dificultad estriba en cómo no hacer prestidigitación psiquiátrica desplegándonos en saberes importados de otras disciplinas y vestirnos con los ropajes prestados de los que hablábamos, es decir: con disfraces.

- La búsqueda del marcador neurológico, neurofisiológico y neurobiológico, o la del gran cóctel de dimensiones lineales cuantitativamente alteradas, no deja de recordar las reflexiones sobre los trastornos generadores en la fenomenología (Tatossian, 48). Cada quien (por cierto, como en las psicosis intermedias) parte de un axioma (linneano y clasificatorio, humanista y totalizador, fenotipo-genotípico, u otras variedades). Quien lo logre ganará, y sólo será a posteriori que, en profundidad y con pleno sentido, lo que precedió a ese triunfo sea registrado como el buen camino.

- **Todo nos inclina a postular asociaciones y memorias no conscientes, implícitas, no nominadas que siguen rutas en el Fondo psíquico (y quizás también en el macrosustrato corporal tal como lo entendemos aquí). Esos caminos implícitos y no conscientes, bañados en el reflejo, llenan un espacio con, sus ataduras asociativas (es decir: no se registran como un vacío a ser colmado por nuevas cogniciones y nominaciones).**

- Así pues, pretender -psicoterapéutica o psicoeducativamente- introducir cambios, por ejemplo en memorias del dolor o en memorias de afecciones, parece requerir un trabajo elaborativo llenados pero también con vaciados; además pueden ser exigidas maniobras de distracción, de fomento del olvido, de puesta en marcha de procesos antitéticos o, al menos, de competencia. Todos estos son movimientos que responden al citado más arriba espacio ocupado que piden la puesta en marcha de intervenciones laterales sobre lo no consciente y lo implícito (también sobre el cuerpo).

- Que el corazón cuente en sus proceder con razones pascalianas no debe hacernos olvidar que también se mueve según cogniciones: no solo no es ciego, sino que bien al contrario, porque su vista es exigente, conserva la llave de los asuntos

vitalmente imprescindibles. Sin embargo en ocasiones lo hace rematadamente mal, y no porque se confunda, o pretenda engañarnos. El cuerpo sustrato no sabe de esas cosas: a veces los procederes que emplea no son los “adecuados” y ello parece no importarle a la evolución (que los trata como efecto colateral); en otras ocasiones simple –o complicadamente- se daña (¿por qué no iba a poder hacerlo?).

- **Razones y causas, psiquismo y cerebro, mente y cuerpo sustrato apelan, por más que nos revelemos, a mundos lógicos diferentes. Sin embargo aceptar tal situación, como lo propone Poirel (49) no es someterse a una ambigüedad que confundiría el dualismo epistemológico con el dualismo metafísico. El hecho fisiológico y el hecho psicológico se insertan como dualidad pero, justamente, en un monismo biológico (siguiendo a una biología que debe de ser capaz de acoger esas aparentes disyuntivas).**
- **De una manera paralela, las alternativas etiopatogénicas psíquicas o somáticas resultan en ocasiones particularmente insatisfactorias porque no se logra situar un acontecer físico original capaz de englobar –tal vez como microsustrato- lo psíquico y lo somático.**
- Desde el microsustrato todo acontecer, disposición o posición humana, es “material”; no obstante como nos lo recuerda el propio Kendal (50, p.20), un análisis neurobiológico no es el mejor nivel para atacar buena parte de las cuestiones psiquiátricas (“de igual manera a como la resolución sub-atómica no es a menudo el mejor nivel para resolver problemas biológicos”).
- Resumiremos, acercándonos al final, ciertas consideraciones del acercamiento a los problemas psicopatológicos expuestos a lo largo de este trabajo:
 - **La importancia cuantitativamente abrumadora de lo no consciente y de lo tácito, en la trastienda, no es óbice para que aquello que define y diferencia al ser humano sea la consciencia. A su vez esa capacidad se asienta en el sistema de la lengua.**
 - **Seguimos a quienes postulan un materialismo, ideológico, expresado en la fundamentación última de todo acontecer humano en el cuerpo sustrato inserto en el medio.**
 - **El cuerpo comprendido como sustrato comportaría: el macrosustrato, correlacionado con los fenómenos mentales o psíquicos; y el microsustrato como base última de todos y cada uno de los elementos y conglomerados mentales (y no mentales) humanos.**
 - El psiquismo, para nuestra perspectiva clínica, está integrado: por lo que hemos denominado Fondo (agrupación de ciertos aspectos de la sensoriomotricidad, de los afectos y de las cogniciones) de índole mental y no consciente; y por la diferenciación de una porción de ese Fondo como parte del Contenido del sistema de la lengua.

- Fondo y (macro) sustrato corporal tendrían en las zonas de enlace puntos de mutua incidencia de carácter bidireccional (lo que, a pesar de la aparente imposibilidad teórica de conjugar razones y causas, se traduciría en influencias en ambos sentidos).
- El psiquismo comporta una unidad de experiencias de tipo disposicional y también biográfico en torno a la búsqueda de la distancia oportuna.
- La distancia oportuna (implicando dosis de unión y de separación) se define según el Ego y los Alteres significativos orientados siguiendo el género y la temporalidad (generacional), el poder y la sexualidad, así como con respecto a las servidumbres y cuidados ligados al cuerpo y al despliegue identitario.
- **Independientemente de su último origen, los trastornos psicopatológicos (que igualamos con los psiquiátricos) se caracterizan por atravesar la identidad biográfica y presentarse como patología del uso (y no del instrumento o útil).**
- La psicopatología atiende a fenómenos del género traumático (en el encuentro estímulo-posiciones y disposiciones) y del tipo conflictivo (en las oposiciones de querencias).
- Los conflictos de querencias especialmente relevantes clínicamente están incrustados en el Fondo psíquico. Los conflictos de querencias pueden ser de índole contraria (“yo quiero p” / “yo quiero no-p”) o contradictoria (“yo quiero p” / “yo no quiero p”). Se añaden contradicciones que tocan a las querencias absolutas relativas al “querer querer” y al “querer poder”. La elaboración psíquica de tales oposiciones exige las capacidades del lenguaje según los símbolos verbales (en el sentido que toman como pareja de los signos).

CONFLICTOS

MODOS	SIMULTANEIDAD DE OPUESTOS
NEUROSIS	CONTRARIOS (quiero x / quiero no x)
PSICOSIS INTERMEDIAS	CONTRADICTORIOS (quiero x / no quiero x)
PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS	CONTRADICTORIOS ABSOLUTOS INCOMPATIBILIDADES (puedo poder / no puedo poder)
PSICOSIS MELANCOLICAS MANIACAS	CONTRADICTORIOS ABSOLUTOS INCOMPATIBILIDADES (puedo querer / no puedo querer)

- Los conjuntos clínicos elementales (CCEs) son las minicategorías de base que refieren la clínica al sujeto (Ego) relacionado según un exceso (de unión o de separación) con un objeto (Alter) significativo en el marco del conjunto de relaciones con el resto de Alteres.

- Los CCEs, entendidos como pequeñas categorías cualitativamente diferenciadas, se solapan con otros conjuntos (en ocasiones originándolos o bien siendo consecuencia de ellos). El carácter mixto de la globalidad clínica es por tanto de rigor.
- La articulación de los CCEs, por extensión, constituyen los grupos diagnósticos psiquiátricos al formar según su penetración y persistencia los conjuntos clínicos (en el sentido de ámbitos o agrupaciones).

12. BIBLIOGRAFIA

1. Grivois H. Psychose naissante une ascèse catastrophie. En: Grivois H. (dir). Psychose naissante, psychose unique?. Paris: Masson, 1990.
2. Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Madrid-México, Alambra, 1962.
3. Sauvagnat F. De quoi les phénomènes élémentaires psychotiques sont-ils l'indice?. En: Grivois H (dir). Psychose naissante, psychose unique?. Paris: Masson, 1990.
4. Clérambault G de. Oeuvre psychiatrique. T II. Paris: PUF, 1942.
5. Lacan J. D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. Ecrits II. Paris: Seuil, 1971.
6. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenia and schizoaffective psychoses. *Ressenti Progress in Medicina* 1989; 80: 646-652.
7. Klosterkötter J, Ebel H, Schultzer-Cutter F, Stenmeyer M. Diagnostic, validity of basic symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1996; 246: 147-154.
8. Zuazo J I. Sobre experiencia y psicoterapia: (I) Estesias, nominación y memoria. *Anales de Psiquiatría* 2005, 21: 340-356.
9. Zuazo JI. El símbolo, consciencia y no consciencia: aspectos clínicos. *Psiquiatría Pública* 1999; 11, 2: 98-105.
10. Piaget J. La psychologie de l'intelligence. París: Colin, 1976.
11. Zuazo J I. Sobre experiencia y psicoterapia: (II) Consciencia, símbolo y sistema psíquico relacional. *Anales de Psiquiatría* 2006, 22: 35-51.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Freud S. Lecciones introductorias al psicoanálisis. Obras Completas. Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

16. Fulford K W M. Thought Insertion and Insight: Disease and Illnes Paradigms of Psychotic Disorder. En: Spitzer M, Vehlin F, Schwartz M y Mundt C (dir). Phenomenology, Language and schizophrenia 1993: 1-17.
17. Currie G, Jureidini J. Delusion, rationality and empathy. Philosophy, Psychiatry and Psychology 2001; 8: 59-62.
18. Castilla del Pino C. El delirio como error necesario. Barcelona: Nobel, 1998.
19. Jaspers K. Psicopatología general. Buenos Aires: Beta, 1966.
20. Kretschmer E. Paranoia et sensibilité. París: PUF 1963.
21. 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.
22. Alvarez J M. Los fenómenos elementales de la psicosis. Cuadernos de psicoanálisis de Castilla y León 2001; 3: 39-59.
23. Grivois H. Parler avec les fous. Paris: Les empecheurs de penser en ronde, 2007.
24. Goldman-Rakic P. La memoria funcional y la mente. Revista investigación y ciencia, edición española de Scientific American 1992; 194: 69-75.
25. Frith C D. La esquizofrenia. Barcelona, Ariel, 1995.
26. Minkowski E. La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y de los esquizofrénicos. Buenos Aires: Paidós, 1980.
27. Blankenburg L. La perte de l'évidence naturelle. Paris: PUF, 1990.
28. Sass L A, Parnas J. Consciousness and schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2003; 29, 3: 427-444.
29. Rosch E. Cognitive reference points. Cognitive Psychology 1957; 7: 532-547.
30. Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas. Barcelona: Crítica, 1988.
31. Follin S. Sur la psychopathologie du processus schizophrénique. Evol. Psychiat. 1958; 2: 213-275.
32. Liddle P F. The symptoms of chronic schizophrenia: definition and validation. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 789-794.
33. Laing R D. Le moi divisé. París: Stock, 1970.
34. Zuazo J I. Algunas vertientes psicóticas `intermedias´: espectro histérico y obsesivo. Anales de Psiquiatría 1996; 12, 3: 121-129.
35. Zubiri X. Sobre el sentimiento y la volición. Madrid: Alianza Editorial, 1993
36. Scheler M. Gramática de los sentimientos. Barcelona: Crítica, 2003.
37. Maldiney H. L'existence en question dans la dépression et dans la mélancolie. L'Evolution Psychiatrique 2007; 72: 771-787.
38. Lanteri-Laura G. Biswanger et le problème de la manie. Psychiatrie Française 2001; 32, 3: 28-41.
39. Luria A R. Lenguaje y pensamiento. Barcelona: Fontanella, 1980.
40. Akiskal H S, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III and IV. PCNA 1999; 22: 517-534.
41. Plutchik R. Emociones: Una teoría general psicoevolutiva. En: Mayor L. (comp.). Psicología de la emoción. Valencia: Promolibro, 1988.
42. Zuazo J I. Aspectos del cuerpo en psiquiatría: (I) Sobre cuerpo psíquico y sustratos corporales. Anales de Psiquiatría 2007; 23, 6: 273-294.
43. Zuazo J I. Aspectos del cuerpo en psiquiatría: (III) Sobre trastornos psiquiátricos de expresión corporal. Anales de Psiquiatría 2008; 24, 1: 1-21.
44. Zuazo J I. Sobre la afectación (I): Afectación y sentires. Anales de Psiquiatría 2003; 19,6:217-234.

45. Martínez Sánchez F. Alexitimia y estilo represivo de afrontamiento: ¿dos constructos emocionales diferentes o similares?. *Psicología.com* [Online], 2, 1, 23 párrafos. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol_2_num_1/art_7htm [10 marzo 2007].
46. Sifneos P E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychoter. Psychosom.* 1973, 22: 255-262.
47. Marty P. *La psychosomatique de l'adulte*. París: PUF, 1992.
48. Tatossian A. *Phénoménologie des psychoses*. París: Masson, 1979.
49. Poirel C. Neurosciences théoriques et réalités cliniques: de la physiologie cérébrale à la psychologie du sens. *L'Information Psychiatrique* 2001; 77: 936-944.
50. Kandel E R. Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique* 2002; 67: 12-40.