

NORMALIDAD Y ANORMALIDAD EN PSIQUIATRÍA

OTTO DÖRR Z.

INTRODUCCIÓN

Normalidad viene de norma. El sentido original de la palabra latina norma es escuadra. En latín ángulo recto se dice *angulus normalis*. Este sentido geométrico de la palabra norma se conserva en otros términos vinculados a ella, como regla, por ejemplo. El significado común a todas estas palabras es el de medida adecuada y a su vez determinante. Si nos remontamos a su equivalente en griego, *gnomon*, nos encontramos con que los helenos también empleaban esta palabra para decir medida, escala o regla graduada, pero que su sentido original era reloj de sol o más precisamente, "puntero de reloj de sol". Para Tellenbach (1979) este significado primordial de la palabra norma encierra la cualidad más substantiva de la norma y la normalidad, pues representa el encuentro del hombre y la naturaleza en torno a una medida. El hombre fabrica un disco y un puntero con el objeto de medir la rotación cósmica, vale decir, la norma de la naturaleza en su movimiento perfecto, pero ella debe ser leída por el hombre, pero no por cual-

quiera, sino por un "conocedor", alguien que sabe leer el tiempo y es capaz de medir y apreciar su perfecta regularidad. Con otras palabras, el hombre adquiere su conocimiento sobre lo que es normal y normativo a través de su trato con el mundo de la naturaleza, pero ocurre que él también es naturaleza y tiene que ser capaz de encontrar en sí mismo las medidas o normas *a priori*. Ha sido la tarea de la filosofía a lo largo de los siglos el develar estas estructuras *a priori* de nuestra naturaleza, de nuestra existencia. Como ejemplos de estas concepciones del hombre que han servido de criterios normativos con respecto a los cuales se han podido determinar las distintas formas y grados de desviación que llamamos "enfermedades", podemos mencionar la ética aristotélica, la idea de organismo surgida en la medicina a partir del siglo XVII, la antropología kantiana, la visión científico-natural del cuerpo que se forja a lo largo del siglo XIX y más recientemente esta nueva, profunda y revolucionaria descripción del ser del hombre en la obra de Heidegger (1963). Los primeros trabajos de Ludwig Binswanger (1957) sobre la

esquizofrenia representan un ejemplo de cómo definir una enfermedad mental con respecto a la norma propuesta por Heidegger.

Hay conceptos que se emplean con frecuencia como sinónimos de anormalidad o de enfermedad y que, sin embargo, encierran diferencias fundamentales. Es el caso, por ejemplo, de la anomalía, cuyo sentido etimológico es muy distinto, pues significa desigualdad, aspereza. *Omalos* designa en griego aquello que es unido, igual, liso y por lo tanto, *an-omalos* es lo desigual, rugoso, irregular. Tenemos entonces que en estricto rigor "anomalía" es un término descriptivo que designa un hecho, mientras "anormalidad" implica, como veíamos, la referencia a un valor. Para Canguilhem (1983) "la anomalía es un hecho biológico que tiene que ser tratado como tal, es decir, que la ciencia natural tiene que explicarlo y no apreciarlo" (p. 97). En el campo de la anatomía lo anómalo significa lo insólito, lo desacostumbrado, aquello que se aleja, por su organización, de la gran mayoría de los seres con los cuales debe ser comparado. Las anomalías se dividen en variedades, vicios de conformación, heterotaxias y monstruosidades. En el campo de la psiquiatría este término tiene muy poco uso, aun cuando podría aplicarse a formas extremas de trastornos de personalidad.

ANORMALIDAD Y CONCEPTO DE ENFERMEDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA

Se examinará primero el problema de la anormalidad y la enfermedad en el campo de la medicina somática, asunto que se confunde, por cierto, con la historia misma del concepto de enfermedad. Como no podemos tratar el tema *in extenso*, nos limitaremos a señalar algunos hitos en la evolución del pensamiento humano al respecto. Una de las formas más antiguas de concebir la enfermedad era "el considerar a todo enfermo como un hombre al cual se le ha agregado o quitado un ser" (Canguilhem *op. cit.*, p. 17). La enfermedad entra y sale del hombre, como los parásitos o los maleficios. El descubrimiento, muchos siglos más tarde, de los microbios vino a

confirmar en cierto modo esta concepción llamada "ontológica" de la enfermedad, siendo uno de sus derivados más típicos el "localizacionismo". El reconocimiento, por su parte, de la importancia del terreno individual en la patogénesis, vino a cuestionar seriamente esta idea de la enfermedad. La concepción contraria la tuvieron los griegos: una concepción no ontológica, sino dinámica, no localizacionista, sino globalizante. Para ellos la naturaleza, la *physis*, era armonía y equilibrio y el enfermar era la pérdida de esa armonía. La enfermedad no estaba radicada en ninguna parte específica, sino que era la totalidad del ser la que había perdido su orden interno, su norma. Pero la enfermedad no era sólo pérdida del equilibrio; también podía resultar del esfuerzo de un organismo por mejorarse en el sentido más profundo, en el de lograr un nuevo nivel de salud para alcanzar la *sophrosyne* (Dörr-Zegers, 1996), ese estado de sensatez y sabiduría al que aspiraba todo griego. El médico debía aprovechar en su acción terapéutica las tendencias autocurativas del organismo humano, para lo cual tenía que prescribir la *diata* (dieta) adecuada. Ésta no sólo se refería a la salud del cuerpo, sino también a la del alma, dada su estrecha relación con la educación o *paideia*: "Siguiendo una dieta adecuada las almas adquirirán inteligencia y agudeza superiores a las que tenían por naturaleza", nos dice Platón en *Las Leyes* (Libro V, p. 1361). Pero si la dieta de los sanos estaba orientada hacia la conservación de la salud, único estado que permitía alcanzar la virtud y la sabiduría, la dieta para los enfermos pretendía restablecer "sin violencia y con tino el orden de la divina naturaleza que el azar de la enfermedad había alterado" (Laín Entralgo, 1986). A lo largo de la historia las representaciones que los médicos han tenido sobre la enfermedad han oscilado entre estas dos visiones contrapuestas: la enfermedad como algo que falta o que se agrega a un organismo (concepción ontológica) y la enfermedad como pérdida de la armonía del todo (concepción dinámica o funcional). Las enfermedades carenciales así como las infecciosas y parasitarias dan razón a la primera forma de concebir la enfermedad, mientras las endocrinas y todas aquellas con pre-

fijo *dis-* se pu
segunda. Pe
derar a la er
entre el orga
fuerzas inter

NORMALI COMÚN

Ahora, ¿cuá
y la normalí
Según el pr
a servir lue
sofo August
(1908, 191
entre los fe
cos, de moc
"en el exce
diversos tej
do que con
Comte exp
palabras: "e
era relacio
rentes de
[...]. Brous
la enferme
de la salud
la intensid

El gra
adhiera a
apoya en
métodos
fermedad
de la cual:
gerada, a
no poden
porque la
ficientem
una mult
son descc
"Fisiologí
do son u
diferenci
alteracio
siología:
el desord
siste en u

fijo *dis-* se pueden comprender mejor desde la segunda. Pero ambas tienen en común el considerar a la enfermedad como una lucha, ya sea entre el organismo y un agente externo o entre fuerzas internas contrapuestas.

NORMALIDAD Y ANORMALIDAD: LO COMÚN Y LO DIFERENTE

Ahora, ¿cuál es la relación entre la anormalidad y la normalidad, entre la enfermedad y la salud? Según el principio de Broussais (1822) —que va a servir luego de base a las incursiones del filósofo Auguste Comte en el campo de la fisiología (1908, 1912)— existe una suerte de identidad entre los fenómenos patológicos y los fisiológicos, de modo que las enfermedades consistirían “en el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima o por debajo del grado que constituye el estado normal” (p. 263). Comte explica este principio con las siguientes palabras: “Hasta entonces el estado patológico era relacionado con leyes completamente diferentes de las que gobiernan el estado normal [...]. Broussais estableció que los fenómenos de la enfermedad coinciden esencialmente con los de la salud, de los que siempre difieren sólo por la intensidad.” (1912, I, p. 651).

El gran fisiólogo Claude Bernard (1877) adhiere a la concepción de Broussais, pero la apoya en experimentos y en el desarrollo de métodos de cuantificación. Para él “Toda enfermedad tiene una función normal respecto de la cual sólo es una expresión perturbada, exagerada, aminorada o anulada. Si actualmente no podemos explicar todos los fenómenos es porque la fisiología no se encuentra todavía suficientemente adelantada y porque aún existe una multitud de funciones normales que nos son desconocidas” (p. 56). Y más adelante dice: “Fisiología y patología se confunden y en el fondo son una sola y misma cosa” (p. 56). Pero a diferencia de Broussais, C. Bernard distingue alteraciones cuantitativas y cualitativas de la fisiología: “(Unas veces el estado patológico es) el desorden de un mecanismo normal que consiste en una variación cuantitativa, en una exa-

geración o atenuación de los fenómenos normales”. Otras, en cambio, el estado patológico está constituido por “la exageración, la desproporción y la disarmonía de los fenómenos normales” (1876, p.391).

Una concepción muy diferente de las relaciones entre normalidad y anormalidad es la que plantea Leriche (1936). Él toma en cuenta ante todo la subjetividad de la persona enferma y entonces la salud es “la vida en el silencio de los órganos” (p. 16); mientras que la enfermedad “es aquello que molesta a los hombres en el normal ejercicio de su vida y en sus ocupaciones, y sobre todo, aquello que los hace sufrir” (p. 22). Esto significa que la enfermedad es algo negativo, pero no por la falta o exceso de algo, sino por la molestia que implica. La existencia de enfermedades silenciosas, de comienzo lento y que no producen síntomas, como es el caso del adenoma de la hipófisis, pareciera darle la razón a los que identifican la enfermedad con el hallazgo anátomo-patológico; pero el mismo Leriche se hace cargo de este argumento al sostener que: “...la enfermedad del hombre enfermo no es la enfermedad anatómica del médico. Una piedra en una vesícula biliar atrófica puede no dar síntomas durante años [...]. Quizás la lesión no basta para convertir la enfermedad clínica en la enfermedad del enfermo. Ésta es distinta a la del anátomo-patólogo” (p. 676). La idea de Leriche ha sido compartida por el teórico de la medicina Georges Canguilhem (1983), quien afirma al respecto: “Existe una medicina porque hay hombres que se sienten enfermos y no porque hay médicos que se enteran de sus enfermedades” (p. 65).

LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LA ANORMALIDAD

Karl Jaspers (1959) también se preocupó del problema, pero incorporando un elemento novedoso al concepto de anormalidad en medicina: el papel que le corresponde a “lo que se piensa” en un momento histórico determinado. Así, en su *Psicopatología General* afirma: “El médico es quien menos se rompe la cabeza pensando en

lo que significa 'sano' o 'enfermo'. Él tiene que ocuparse —y en forma científica— de los procesos vitales y de las enfermedades; pero lo que sea (realmente) el 'estar enfermo' depende menos del juicio de los médicos que del de los pacientes o de las ideas predominantes en un ámbito cultural particular" (p. 652). Y más adelante agrega: "En las enfermedades somáticas la cosa es relativamente simple. Lo que se desea es vida, larga vida, capacidad reproductiva, capacidad de rendimiento físico, fuerza, resistencia a la fatiga, ausencia de dolor, un estado en el cual se note lo menos posible el cuerpo..." (p. 652). Al médico le interesa diagnosticar y curar, aunque habitualmente tome prestada la norma de la fisiología; pero la norma no es nunca un promedio, sino siempre un ideal. Un ejemplo que demuestra la imposibilidad de identificar la normalidad con el promedio es el caso de las caries dentales. Éstas les ocurren a todos los hombres y, sin embargo, no pueden ser consideradas como algo sano, porque lo saludable, la norma ideal, es no tenerlas. Las ideas de Jaspers son interesantes por varias razones. En primer lugar, porque nos recuerdan que la medicina es ante todo una *téchne*, una práctica orientada hacia el alivio del enfermo. En segundo lugar, porque hacen converger esas dos ideas de enfermedad expuestas ya, la de Broussais y Bernard, para quienes ésta se define desde el hallazgo anatómopatológico y la de Leriche, que pretende, por el contrario, que la enfermedad hay que definirla desde la subjetividad del enfermo. Para Jaspers ambos elementos son válidos, pero siempre que no se olvide el factor social. La relación entre la anorexia nerviosa y el ideal de delgadez imperante en la sociedad post moderna o la existente entre la alta frecuencia de obesidad en los Estados Unidos y la filosofía de vida del consumismo desenfrenado y del *fast food*, representan ejemplos impresionantes del importante papel que juega en la génesis de una enfermedad el modo cómo el ser humano se autocomprende en cada momento histórico. De cualquier manera, en la medicina somática el conflicto entre el hallazgo anatómopatológico y la conciencia de estar enfermo se presenta sólo en los extremos: un caso de hallazgo sin conciencia sería el

de un cáncer incipiente que se descubre por azar, mientras que lo contrario, es decir, el caso de la conciencia de enfermedad sin hallazgo somático, se daría en esa multiplicidad de pacientes con cuadros psicogénicos o "psicosomáticos" que consultan diariamente en los policlínicos de medicina general. Muy distinto es, como veremos, el caso en la psiquiatría, donde la mayor parte de las enfermedades carece de fundamento somático.

EL PROBLEMA DEL DIAGNÓSTICO DE UNA ANORMALIDAD

Con el objeto de entender mejor la profunda diferencia que existe entre ambos tipos de anomalías, las que tienen fundamento orgánico y las que no, haremos una digresión sobre lo que significa el diagnóstico en la medicina en general y en la psiquiatría en particular, porque es en esta parte del acto médico donde más claramente se muestra la necesidad de aunar la actitud teórica y la actitud práctica en medicina, aquella que se pregunta por lo que significa el "estar enfermo" y la que se limita a curar al enfermo.

Diagnosticar significa afirmar la existencia de una enfermedad determinada y está por ende íntimamente ligado a un conocimiento previo de aquello que se diagnostica. Puedo diagnosticar una hepatitis porque he aprendido antes en qué consiste: un proceso inflamatorio hepático provocado por la acción de un virus; y puedo emitir un pronóstico sobre la evolución por experiencia ya sea propia o transmitida. Pero lo que el médico constata empíricamente no es la enfermedad misma, que en cierto modo no se "ve", sino los síntomas, sus manifestaciones. Yo no "veo" la hepatitis, sino el color amarillo de la piel, el malestar que el enfermo me comunica y luego los exámenes de laboratorio. Se podría afirmar que éstos han contribuido decisivamente al conocimiento de las enfermedades, porque han permitido sacar a luz nuevos eslabones de este proceso fisiopatológico que es la enfermedad. En suma y si consideramos al síntoma en su acepción más general como "manifestación",

como algo enfermedad, podría te en el ac nocido pre constatado

La ps moderna e la medicin car el mist ciones psi tomas cor personali so morbo: endógena (en el cas Pero ocur sión de p ceso mor síntomas do en su decir, qu neuro-fis nexión e que hay tico prov presión: cuenta síntomas los sínto (1962), cos del I tipo de mino or postulae logía ca tre la re rito —cc una ver (1963) r dad de sólo po bro est ciones, (El das psic lado de do la c

e por azar, caso de la zo somáticos con icos" que ínicos de omo vere- la mayor ndamen-

CO DE

profunda s de anor- o orgáni- i sobre lo licina en ar, por- nde más auar la i medici- e signifi- a a curar

xistencia or ende o previo iagnosti- antes en hepático y puedo i por ex- Pero lo no es la lo no se ones. Yo llo de la unica y : podría ivamen- porque ones de nferme- na en su tación",

como algo que aparece, en contraposición a la enfermedad, que nunca se muestra en su totalidad, podríamos decir que el diagnóstico consiste en el acto de inferir un proceso morboso conocido previamente desde una serie de síntomas constatados en forma empírica (Haefner, 1959).

La psiquiatría clásica y la actual psiquiatría moderna de corte norteamericano, influida por la medicina somática, también han querido aplicar el mismo proceso diagnóstico a las perturbaciones psiquiátricas. El psiquiatra constata síntomas como delirios, alucinaciones o rasgos de personalidad e infiere la existencia de un proceso morboso hipotético (en el caso de las psicosis endógenas) o de una determinada disposición (en el caso de los trastornos de personalidad). Pero ocurre que para que sea válida esta pretensión de poder concluir la existencia de un proceso morboso desde la constatación empírica de síntomas, es necesario que el síntoma esté tomado en su "sentido causal" (Hofer, 1954), vale decir, que entre el síntoma y el proceso psico- o neuro-fisiopatológico subyacente exista una conexión causal claramente determinada, como la que hay entre la ictericia y el daño celular hepático provocado por el virus. Este tipo de comprensión causal del síntoma psiquiátrico se encuentra en la raíz de la descripción de los síntomas fundamentales de Bleuler (1911) y de los síntomas de primer orden de Schneider (1962), pero también en los criterios diagnósticos del DSM-IV (1994). El otro supuesto de este tipo de psiquiatría es el carácter en último término orgánico de todos los trastornos psíquicos, postulado comprensible dentro de una antropología cartesiana, con su separación absoluta entre la *res cogitans* y la *res extensa*. Llevando al espíritu -concebido como conciencia reflexiva- a una verdadera "extramundaneidad" (E. Straus, 1963) no podía concebir Descartes la posibilidad de su alienación y pensó que un hombre sólo podía enfermar psíquicamente si su cerebro estaba alterado de alguna manera (*Meditaciones*, Cap. 1, § 6).

El psicoanálisis y en general todas las llamadas psicologías profundas prescinden del postulado de la enfermedad orgánica basal, desviando la causalidad hacia lo psíquico. En lugar de

enfermedades se habla aquí de conexiones dinámicas, de regiones o instancias de lo psíquico sometidas a principios energéticos reguladores. En este juego dinámico en permanente evolución se esconde la posibilidad del fracaso, de la perturbación del "equilibrio psíquico" en el enfrentamiento con el mundo y con los otros. Un nuevo equilibrio logrado sobre la base de "compromisos" y "concesiones" entre las diferentes instancias será el origen de los síntomas neuróticos. Estas conexiones están también sometidas al principio de la causalidad, tomado en su sentido más amplio. Y por eso en el contexto del psicoanálisis el síntoma sigue siendo el único elemento "visible" de una conexión funcional oculta que permite sacar conclusiones sobre el acontecer patológico, puesto que las legalidades de este proceso son previamente conocidas en el marco de la teoría psicoanalítica.

Como vemos, en los dos tipos de psiquiatría, tanto en la que sigue el paradigma médico como en la dinámica, el síntoma o rasgo es el elemento externo, visible, de un proceso invisible y el diagnóstico consiste en establecer la conexión entre ambos. Pero ocurre que este procedimiento diagnóstico se basa en dos presupuestos que no se cumplen en la mayoría de las perturbaciones psíquicas, con excepción de los cuadros orgánico-cerebrales: que tanto la legalidad de la conexión funcional como la enfermedad en su contenido material tienen que ser previamente conocidos, al menos en parte. Con el objeto de salvar este inconveniente creó Kurt Schneider (1951) eso que Hofer (1954) llamara "el concepto lógico-racional de síntoma", en el cual se afirma una relación puramente empírica y estadística entre, por ejemplo, los síntomas de primer orden y la supuesta enfermedad orgánica subyacente. Según Müller-Suur (1958), este concepto de síntoma de la psiquiatría schneideriana y que han seguido los DSM a partir del número III, tiene el serio inconveniente de caer en permanentes tautologías, pues, al desconocer la enfermedad basal y los eslabones que la vinculan al síntoma, el psiquiatra tiene que diagnosticar, v. gr., una esquizofrenia por el "carácter esquizofrénico" de sus síntomas y no por la mera presencia de uno o de varios de ellos, como ocurre con la hepatitis. Ésta se diag-

nostica una vez por los pródromos, otra por el color de la piel, otra por los exámenes de laboratorio y la mayor parte de las veces por varios de estos elementos, todos objetivos y captables empíricamente y en ningún momento el médico se ve obligado a diagnosticarla por el carácter "hepatítico" de algunas de sus manifestaciones.

LA ANORMALIDAD EN LAS PSICOSIS ENDÓGENAS

Esta digresión ha procurado mostrar las complejidades del proceso diagnóstico en psiquiatría y lo cuestionables que aparecen los llamados diagnósticos operacionales, como ha sido señalado certeramente por Schwartz y Wiggins (1987). Pero, a pesar de las dificultades inherentes al proceso de establecer el límite entre lo normal y lo anormal en el campo de los cuadros endógenos, los psiquiatras debemos enfrentar a diario el problema de determinar si alguien está o no "psicótico", vale decir, si es psíquicamente anormal o no. La pregunta es: ¿cuál es la norma que se altera o desvía en las psicosis o, más concretamente, en las esquizofrenias? Porque en el caso de las enfermedades del ánimo pareciera ser más fácil localizar la anomalía en una desviación cuantitativa del nivel del ánimo, pero en la esquizofrenia, ¿qué es lo que se ha desviado?: ¿la percepción?, ¿la cognición?, ¿el rendimiento?, ¿la conducta? Es cierto que hay pacientes que presentan alucinaciones auditivas y delirios, algo poco habitual entre la gente corriente. Pero también es cierto que se diagnostica la esquizofrenia "simple", la "pseudoneurótica", la "larvada", la esquizofrenia "residual" o el "defecto esquizofrénico" y en ninguna de estas formas de presentación hay síntomas "objetivos". ¿Significa entonces que frente a las psicosis endógenas no podemos librarnos de la tautología, como decía Müller-Suur (1958)? En todo caso, ello no nos exime de reflexionar sobre lo que pueda ser "lo esquizofrénico".

En nuestra opinión, quien hizo los aportes más fundamentales a esta cuestión no fue un psiquiatra, sino un filósofo y no precisamente

contemporáneo: Immanuel Kant. Éste describió a fines del Siglo XVIII tres tipos de locura con los nombres de *dementia*, *insania* y *vesania*, todas las cuales corresponden a distintas formas de lo que hoy conocemos como esquizofrenia, y en su intento de determinar sus rasgos esenciales y comunes, dice textualmente: "La única característica general de la locura es la pérdida del sentido común y la consiguiente arbitrariedad de su lógica". Y luego agrega: "Por cuanto es una prueba subjetiva necesaria de la rectitud de nuestros juicios y por ende también de la salud de nuestro entendimiento el que lo mantengamos siempre en referencia al otro, sin aislarnos con él ni empezar a emitir juicios públicos desde nuestras representaciones propias". Si uno sigue rigurosamente la sistemática de Kant se encuentra también con una clara diferenciación entre lo que hoy llamamos psicosis exógenas y endógenas, obedeciendo cada una de ellas a la ruptura de normas diferentes. Las primeras consistirían en desviaciones con respecto a estructuras *a priori* y serían la condición de posibilidad del percibir, de la conciencia y secundariamente de las cogniciones y de la memoria: vale decir, en ellas estaría alterada la relación cuerpo-alma o psique. En cambio, en las psicosis endógenas la norma perdida sería aquella vinculada a la relación psique-mundo, expresada en la pérdida del sentido común. Famoso es el ejemplo de Bumke (1948) de aquel padre que para Navidad le regaló a su hija enferma de cáncer un ataúd. Este caso, visto por Binswanger (1956) como un extremo de la extravagancia, correspondería a una alteración cualitativa del sentido común, por cuanto Kant también hizo otra distinción de alto interés para nosotros: entre perturbaciones cualitativas y cuantitativas del sentido común. Las primeras, como vimos, corresponderían a las psicosis que hoy conocemos como esquizofrenias. Las segundas, en cambio, serían la base de lo que hoy entenderíamos como trastorno de personalidad. En la línea de lo planteado por Kant, habría que considerar los interesantes aportes de Blankenburg (1971) acerca de la "pérdida de la evidencia natural" en la esquizofrenia.

LA ANOMALIA EN LOS TRASTORNOS

Dentro de la psiquiatría es difícil encontrar la más clara del diagnóstico. Tradicionalmente una de las características de nuestros días (Schwartz y Wiggins, 1987) es simple: es que los juicios de los psiquiatras de la mayor parte de la transición de persona a persona de uso ha un trastorno clásico no trata de un en la base hablaba de más bien lo? Algo entre trastorno evidente personal esquizofrénico extremo normalidad personal con normal y paciente a los delirios e no de pe mas ver (1994), aunque especial y en les. El caso de Schneider (1991), personalidad por algo más en el ca

LA ANORMALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Dentro de las categorías nosológicas de la psiquiatría es sin duda el trastorno de personalidad la más discutida. La falta de confiabilidad del diagnóstico en estos cuadros ha sido demostrada una y otra vez desde la década del 50 hasta nuestros días (Schmidt y Fonda, 1956; Beck *et al.*, 1962; Schwartz y Wiggins, 1989). La razón es muy simple: este tipo de trastornos cumple aún menos que las psicosis endógenas con los requisitos del proceso diagnóstico en medicina. Pero la mayor dificultad se encuentra a nivel de las transiciones y/o relaciones entre los trastornos de personalidad y otras categorías nosológicas de uso habitual. ¿En qué relación se encuentra un trastorno de personalidad con respecto a las clásicas neurosis histérica, fóbica y obsesiva? ¿Se trata de una perturbación más profunda que está en la base de toda neurosis, como cuando se hablaba de "neurosis del carácter"? ¿O se trata más bien de un diagnóstico alternativo o paralelo? Algo parecido ocurre con las transiciones entre trastorno de personalidad y psicosis. Muy evidente es la presencia de transiciones entre las personalidades limítrofes y esquizotípica y la esquizofrenia. Pero donde el problema se hace extremo es en el caso de las transiciones hacia la normalidad. Para Kurt Schneider (1959) las personalidades psicopáticas eran meras desviaciones con respecto a una supuesta personalidad normal promedio y sólo se transformaban en pacientes si empezaban a sufrir o a hacer sufrir a los demás con su modo de ser. ¿Pero cómo distinguir el sufrimiento de un sujeto con trastorno de personalidad del de un normal? Las últimas versiones del DSM, la III (1980) y la IV (1994), siguen en lo fundamental a Schneider, aunque poniendo énfasis en la adaptación social y en la inflexibilidad de los rasgos anormales. El criterio de la adaptación social nos parece tan discutible como el del sufrimiento de Schneider. Sí, en cambio, y de acuerdo con Kraus (1991), pensamos que el criterio de la inflexibilidad podría ser más confiable, por apuntar a algo más específico y esencial. En todo caso, es en el campo de los trastornos de personalidad

donde el criterio estadístico o del promedio es menos aplicable. Pues, ¿qué significa personalidad promedio? El Profesor de Psiquiatría de Heidelberg durante el período en que Jaspers escribía su famosa *Psicopatología General*, K. Wilmanns, solía decir irónicamente: "Ser normal es ser levemente oligofrénico" (cit. por Jaspers, 1959, p. 655). Y tenía razón, porque según el concepto de la norma promedio la capacidad intelectual de la mayoría es bastante modesta.

ANORMALIDAD Y GENIALIDAD

El caso de los genios termina por cuestionar, en nuestra opinión, el criterio de la norma promedio. Jaspers mismo afirmó tempranamente al respecto: "El análisis patográfico de personalidades extraordinarias muestra cómo la enfermedad no sólo no interrumpió ni destruyó sus vidas, sino cómo ellos pudieron crear a pesar de la enfermedad y más allá de eso, cómo a través de ella lograron mostrar los abismos y profundidades de la condición humana" (*op. cit.*, p. 656). Continuando investigaciones anteriores (Dörr-Zegers, 1986, 1997, 1998), nos detendremos en este punto en un intento de hacer un aporte personal al tema. Los genios se salen por cierto de la norma promedio desde muchos puntos de vista, empezando por su capacidad intelectual y su creatividad. Pero ocurre que la mayoría de ellos ha mostrado además rasgos de personalidad muy anormales y no costaría mucho clasificarlos en algunos de los tipos de trastorno de personalidad en boga. Otros han sufrido de cuadros angustiosos severos que los norteamericanos diagnosticarían como "desorden de ansiedad generalizada" o de francos cuadros depresivos. Y sin embargo, cuesta sindicarlos como "psicópatas" o "neuróticos", puesto que muchas veces se puede demostrar que esa misma anormalidad o ese sufrimiento derivado de los síntomas fue el estímulo que los empujó hacia una dimensión superior del espíritu (religión, filosofía, literatura o arte), con el resultado de una obra genial.

En nuestro desarrollo tomaremos dos ejemplos: uno, el del filósofo danés Soeren Kierkegaard, y otro, el del poeta alemán Rainer

María Rilke. El primero correspondería a un "trastorno de personalidad" y el segundo a una "neurosis" o quizás a una "depresión neurótica".

EL CASO SOEREN KIERKEGAARD (1803-1855)

La obra de Kierkegaard fue en el siglo XIX verdaderamente revolucionaria y en el siglo XX, fuente de inspiración de toda la filosofía existencialista. Un somero análisis de su biografía y de su *Diario Íntimo* permite coleccionar la existencia en él de marcados rasgos de una personalidad anancástica, dentro de los cuales destacan la escrupulosidad, el horror al azar y al riesgo, la angustia ante las posibilidades abiertas, el egocentrismo y una permanente y sorda lucha con el lado oscuro de su existencia. Cuán atormentado vivía por la culpa se desprende de todo su libro *La enfermedad mortal o desesperación* (1969), donde en un momento dado dice:

"...por eso, cualquier pecado del que uno no se haya arrepentido constituye un nuevo pecado y cada momento que pasemos sin arrepentirnos, estamos cometiendo otro pecado más" (p. 199).

Su noviazgo con Regina Olsen nos muestra hasta qué punto vivía Kierkegaard atormentado por contradicciones irreconciliables entre amor y odio, admiración y desprecio hacia la mujer, entre aceptación y rechazo de la sexualidad; pero al mismo tiempo, con qué claridad empleaba él estos mecanismos de defensa del yo que hoy llamamos "neuróticos": la represión, la idealización, la negación o la escisión. Jamás pudo Regina comprender las razones que tuvo su novio para romper el noviazgo, ni tampoco el que haya huido de su lado 8 años más tarde, cuando ella intentó un nuevo acercamiento. La total incapacidad de Kierkegaard para comprender el alma femenina se desprende claramente de los siguientes párrafos de su *Diario*:

"En cierto sentido la mujer es un ser tremendo, pues hay en ella una forma de abandono al otro que me espanta, porque es por completo contraria a mi naturaleza. El abandono femenino es tremendo y es femeninamente sin reparos..." (p. 308).

El comportamiento de Kierkegaard con

Regina alcanzó momentos de verdadera crueldad, como cuando escribe en el mismo *Diario*:

"¡Qué felicidad sería para mí poder contentarla! ¡Sobre todo a ella que tanto ha sufrido por mi causa! Casi ha habido de mi parte una trama de insidias al comportarme así, con el objeto de ligarla a un matrimonio y luego abandonarla a sí misma" (p. 388).

Y difícilmente puede evitarse un sentimiento de rechazo hacia el genio cuando uno imagina esa última escena entre los dos, cuando ella responde a sus crueles razonamientos con una frase tan dulce, abnegada y femenina:

"Al fin y al cabo, tú no puedes saber si no sería (a la larga) también un bien para ti, si yo (a pesar de todo) permaneciera a tu lado" (p. 395).

Kierkegaard no volvió a tener una novia y en los años siguientes al rompimiento se enredó en una disputa teológica con un antiguo contendor, de apellido Martensen, la que luego se generalizó hacia toda la iglesia dinamarquesa oficial, lucha en la cual se percibe claramente un halo paranoico. En suma, se trata de un trastorno severo de la personalidad, con elementos anancásticos y narcisistas. Y sin embargo, ¡qué ejemplo más grande de superación de limitaciones y sombras que la obra de un genio, y muy en particular la suya, tan llena de profundidad y de humanidad! En este caso, como en tantos otros, vemos cómo la enfermedad —un supuesto trastorno de personalidad— se transforma en la condición de posibilidad de la obra genial y por ende, de la mayor normalidad alcanzable por el hombre. Otros ejemplos ampliamente conocidos donde también la anormalidad permite la manifestación de la gran salud, a la que se accede a través de la santidad o del arte, son los de Miguel de Cervantes, Ignacio de Loyola, Teresa de Ávila, Fedor Dostoievski y Rainer Maria Rilke. Nos detendremos en este último.

EL CASO RAINER MARIA RILKE (1875-1926)

Rilke fue un poeta total (*Sämtliche Werke*, Band I, 1955); además fue conocedor de casi todos los idiomas europeos y traductor de poesía desde el francés, el italiano, el latín, el ruso, el inglés, el danés, el holandés y el sueco (*Sämtliche Werke*,

Band VII madurez. có todos. giosos, us parable a A partir c un giro c ríodo du y los Son chos exp literarias de estad amén de mente c desde jo sus víncu ción cor mujeres sólo dur cia y tar ble. Imp psíquic cia. Así, Andrea: Rilke es "H prender cada ma mano q yo, una sión (ar pletame. esta larg mas de 369).

Po en otr intenta tiene r poder

"I la paus miento, cada di desconj manas apenas indifen

dera cruel-
mo Diario:
contentarla!
or mi causa!
e insidias al
a un matri-
(p. 388).
sentimien-
uno imagi-
uando ella
s con una
:
i no sería (a
(a pesar de

na novia y
se enredó
: antiguo
que luego
marquesa
aramente
le un tras-
elementos
rgo, ¡qué
limitacio-
y muy en
lidad y de
tos otros,
esto tras-
en la con-
ial y por
le por el
e conoci-
ermite la
e se acce-
on los de
a, Teresa
ría Rilke.

5-1926)

, Band I,
odos los
desde el
nglés, el
ie Werke,

Band VII, 1997). Durante su juventud y primera madurez fue un poeta lírico y en sus versos abarcó todos los temas imaginables, incluidos los religiosos, usando metro y rima con un talento comparable al de los más grandes poetas de la historia. A partir de 1912 y hasta su muerte su poesía tomó un giro que algunos han llamado metafísico, período durante el cual escribió las *Elegías del Duino* y los *Sonetos a Orfeo*, obras consideradas por muchos expertos entre las más grandes expresiones literarias del siglo XX. Rilke padeció desde niño de estados de angustia, fatiga y melancolía que, amén de hacerlo sufrir, interfirieron dramáticamente con la realización de su obra. Además, desde joven el poeta mostró serias dificultades en sus vínculos con las mujeres: tuvo una mala relación con su madre; sus grandes amores fueron mujeres mucho mayores que él; su matrimonio sólo duró un año, porque no resistió la convivencia y tampoco logró consolidar otra relación estable. Impresionantes descripciones de sus síntomas psíquicos los encontramos en su correspondencia. Así, en una carta a su amiga y ex amante, Lou Andreas-Salomé del 28 de diciembre de 1911, Rilke escribe:

"Han pasado casi dos años y sólo tú podrás comprender cuán penosamente los he pasado [...]. Despierto cada mañana con los hombros helados, esperando una mano que me tome y me sacuda. ¿Cómo es posible que yo, una persona preparada y educada para la expresión (artística), me encuentre aquí sin vocación (completamente) de sobra [...] ? ¿Son éstos los síntomas de esta larga convalecencia que es mi vida o son los síntomas de una nueva enfermedad?" (Briefe, Band I, p. 369).

Pocos días más tarde (10 de enero de 1912), en otra carta dirigida a Lou Andreas-Salomé, intenta describir una vez más este estado, que lo tiene reducido por largas horas a la cama, sin poder crear:

"Lo que más me angustia no es tanto lo largo de la pausa (creativa), sino quizás una suerte de embotamiento, de envejecimiento (general) [...] Me levanto cada día con la duda si me resultará hacer algo y esta desconfianza crece ante el hecho que pueden pasar semanas y meses en los cuales yo, y con el mayor esfuerzo, apenas soy capaz de escribir cinco líneas de una carta indiferente" (op. cit., p. 373).

Lou Andreas-Salomé, amiga y discípula de Freud, le sugirió someterse a un psicoanálisis y superar así sus estados de angustia y de incapacidad. En un primer momento él se entusiasmó con la idea y le escribió a un amigo de juventud, el Barón Viktor von Gebattel, conocido psiquiatra y psicoanalista, con el objeto de averiguar si él podía tratarlo. En una parte de la carta del 14 de enero de 1912 le dice:

"Usted está enterado de cómo yo, desde hace dos años, estoy aquí tendido y no hago nada, como si intentara incorporarme, agarrándome de uno o de otro que pasa por mi lado [...] Es propio de este estado el que se transforme en una total enfermedad si es que dura demasiado. Yo me pregunto cada día si no estoy obligado a acabar con él a cualquier precio y de cualquier manera [...] Permítame saber qué piensa usted de esta criatura frente al psicoanálisis" (op. cit., p. 383).

En esta carta hay una solicitud desesperada de ayuda y de tratamiento, pero al mismo tiempo el poeta confiesa su ideación suicida, tal era el nivel de desesperanza en la que se hallaba sumido. Y antes de esperar la respuesta del psiquiatra le vuelve a escribir a su amiga Lou el día 20 de enero de 1912, explicándole sus angustias y temores:

"Sigue existiendo el hecho que incluso corporalmente me siento muy mal [...] Basta algo de gimnasia o alguna postura exagerada, por ejemplo al afeitarme, para que tenga consecuencias inmediatas, como dolores, hinchazones, etc., fenómenos a los que luego vuelven a asociarse angustias, temores y sensaciones de todo tipo..." (op. cit., p. 384-385).

Y sin embargo, con ese nivel de sufrimiento, el poeta rechazó la ayuda por temor a que el tratamiento pudiese interferir en su labor creativa. En las cartas en que se refiere al psicoanálisis se percibe también cuán consciente estaba el poeta de lo importante que era su neurosis para la realización de su obra. En otra carta a Lou Andreas-Salomé del 28 de diciembre de 1911, dice:

"El psicoanálisis sería una ayuda demasiado profunda para mí, (porque) él ayuda de una vez para siempre, limpia y ordena y el encontrarme yo un día (totalmente) limpio sería quizás peor que este completo desorden en que vivo" (op. cit., I, p. 370).

Pero el argumento definitivo de por qué renunciaba al tratamiento médico se lo da al mismo von Gebattel en una carta del 14 de enero de 1912:

"Yo sé que no estoy bien y usted, querido amigo, lo ha observado; pero créame que a pesar de todo, de nada estoy tan impresionado como de esa maravilla inconcebible e inaudita que es mi existencia, la que desde un principio fue dispuesta de una manera tan imposible y que sin embargo, ha venido avanzando de salvación en salvación [...] ¿Puede entender, amigo mío, que ante cualquier tipo de categorización [...] por aliviadora que sea, yo tema alterar un orden muy superior; al que después de todo lo que ha pasado tendría que darle la razón, aunque eso signifique mi ruina?" (op. cit., p. 383).

A pesar del dolor sufrido, el poeta tiene la sensación de haber sido "salvado" una y otra vez (¿por su obra?) y que él sólo puede admirarse de todo ello y agradecerlo. Con el concepto de "categorización" se refiere al acto médico de diagnosticar, hacer un pronóstico y tratar, algo que él teme porque puede "alterar un orden muy superior". Éste es sin duda su destino de artista, que Dios ha puesto en sus manos y frente al cual no cabe deslealtad alguna. Es difícil encontrar un caso más impresionante de relación entre anormalidad psíquica y genialidad que ésta del poeta Rilke, contexto que hemos podido desarrollar aquí sólo muy sucintamente. En nuestra opinión el caso de los genios cuestiona definitivamente la idea de normalidad como promedio.

HACIA UNA PERSPECTIVA DIALÉCTICA DEL BINOMIO NORMALIDAD-ANORMALIDAD

El caso de los genios podría ser visto, desde una perspectiva dialéctica, como la "positividad de lo negativo", frente a lo cual uno podría preguntarse si se da en el ámbito de la psicopatología el fenómeno contrario, vale decir, la "negatividad de lo positivo". Tellenbach (1980) fue el primero que habló de esta posibilidad a propósito de su concepto de "normopatía", que significa que la normalidad, o más bien el exceso de normalidad, puede llegar a ser un factor generador de

patología. El ejemplo más característico es el caso de la personalidad premórbida de los depresivos monopolares, descrita por el mismo Tellenbach (1983) con el nombre de "*Typus melancholicus*" en 1961. Todos los rasgos de esta personalidad corresponden a valores positivos y adaptativos en nuestra sociedad occidental: orden, responsabilidad, diligencia, planificación, preocupación por el otro, olvido de sí mismo, fidelidad, lealtad, etc. Sin embargo, esta constelación caracterológica es la *conditio sine qua non* de la depresión mayor o endógena, como ha sido demostrado por estudios empíricos (von Zerssen, 1969 y 1982; Dörr-Zegers, 1971; Dörr-Álamos, 1991) y transculturales (Kimura, 1966; Pfeiffer, 1968). Otro ejemplo clásico de "normopatía" es el fenómeno de la "normalización forzada" del EEG (Landolt, 1955) en un tipo de psicosis epilépticas, las formas alternantes. En este caso la excesiva normalidad de una función determinada (la responsable del trazado electroencefalográfico) es condición de posibilidad de una psicosis paranoidea lúcida.

Fue justamente la existencia de este fenómeno de la normopatía lo que llevó a Blankenburg en 1981 a resucitar el antiguo concepto de Henry Ey de una "psicopatología de la libertad": lo que debe preocupar a esta ciencia no es en rigor el déficit o la negatividad en el vivenciar o comportarse de nuestros enfermos, sino los menoscabos del poder-comportarse y del poder-vivenciar. No es la vivencia o el comportamiento mismo lo que debería interesar primeramente al psicopatólogo, sino la capacidad (o libertad) de vivenciar o comportarse de tal o cual manera, por cuanto el *no-poder-sino-comportarse-en-forma-desviada* (un estado de agitación, por ejemplo) puede ser tan patológico como el *no-poder-comportarse-en-forma-desviada*, como sucede en las normopatías. Y así, el criterio de la inflexibilidad que mencionábamos más arriba como el único más confiable para definir un trastorno de personalidad puede ser visto como una limitación de la libertad personal, en el sentido de la capacidad de un sujeto para vivenciar y/o comportarse de una determinada manera. Este criterio permitiría diferenciar los trastornos de personalidad propiamente tales con respecto a todas aquellas

personas que pero que n ello.

Siguier en 1981, ir en 1987 ap trastornos (algunas ide antes (Dör tuvimos cor do típicas f que el car esquizoide siva se enc nes clásica sotros hici las consecu marse a ur que se trat do o defici guino sobr salud y en ver lo pos mento, lo respectiva u original de la limi a las nor margen d nes tajan anormal, presentar dos de co: o menos vando su perfecta importar ción haci ser vista e rrio, com existenci tiva. Un ca es la p hace su conocid: gen a ra vo, su d euforia.

ístico es el
t de los de-
el mismo
de "Typus
gos de esta
positivos y
dental: or-
nificación,
sí mismo,
sta conste-
ne qua non
no ha sido
n Zerssen,
r-Álamos,
3; Pfeiffer,
opatía" es
rzada" del
icosis epi-
ite caso la
etermina-
encefalo-
e una psi-

e fenóme-
nkenburg
de Henry
1": lo que
a rigor el
compor-
noscabos
nciar. No
no lo que
psicopa-
vivenciar
r cuanto
desviada
uede ser
tarse-en-
normo-
dad que
ico más
persona-
ón de la
pacidad
tarse de
permiti-
nalidad
aquellas

personas que tienen rasgos fuera de lo común, pero que ni sufren ni hacen sufrir a otros por ello.

Siguiendo el camino abierto por Blankenburg en 1981, intentamos nosotros por primera vez en 1987 aplicar el pensamiento dialéctico a los trastornos de personalidad. Para ello retomamos algunas ideas al respecto planteadas quince años antes (Dörr-Zegers, 1972), aunque entonces no tuvimos conciencia de que estábamos describiendo típicas polaridades dialécticas. Ahora, ocurre que el carácter polar de estructuras como la esquizoide y la depresiva o la histérica y la obsesiva se encuentra implícito desde las descripciones clásicas hasta las más modernas. Lo que nosotros hicimos fue poner esto de relieve y extraer las consecuencias. Porque es muy distinto aproximarse a un paciente desde la idea o prejuicio de que se trata de un ser en algún sentido deformado o deficitario, que llegar a él sin prejuicio alguno sobre normalidad y anormalidad o sobre salud y enfermedad y abierto a la posibilidad de ver lo positivo de su negatividad o, en otro momento, lo negativo de su positividad. Es el caso, respectivamente, de la autenticidad, sensibilidad u originalidad de las estructuras esquizoides o de la limitación que implica la sobreadaptación a las normas de las estructuras depresivas. Al margen de unidades nosológicas y de distinciones tajantes entre sano y enfermo o normal y anormal, las manifestaciones psicopatológicas se presentan ante la mirada dialéctica como grados de condensación de una estructura polar más o menos alejados de una norma, la que conservando su sentido griego original sería la medida perfecta entre dos extremos imperfectos. Lo importante de esta perspectiva es que la desviación hacia un lado de la alternativa no necesita ser vista como una carencia, sino, por el contrario, como un desplazamiento dinámico de la existencia en contra del otro polo de la alternativa. Un ejemplo paradigmático de esta dinámica es la polaridad manía-depresión: el maníaco hace su euforia en contra de la depresión (es conocida la frecuencia con que las manías surgen a raíz de dolores intolerables) y el depresivo, su distimia en contra (o por temor) de la euforia. En rigor, la mayor parte de las situacio-

nes desencadenantes de depresión constituyen una causa de alegría y no de tristeza para las personas corrientes: mudanza a una casa mejor, nacimiento de un hijo esperado, matrimonio feliz de una hija, ascenso en el trabajo, etc.

Esta misma dinámica se puede observar también en las personalidades anormales. Tomemos el caso de la personalidad histérica. Desde hace décadas que este tipo humano ha sido sobrecargado de connotaciones negativas, hasta el punto que hoy la palabra es casi un insulto. Pero si nos acercamos a estas personas sin prejuicios, sus rasgos pueden aparecérsenos en toda su positividad y más bien como una defensa frente a la personalidad contraria, la anancástica u obsesiva. Y así podemos admirar la libertad que ellos muestran frente a los roles sociales o su facilidad para establecer contacto interpersonal o para adaptarse a los más distintos ambientes. Mientras los obsesivos viven "hacia adentro", atormentados por sus pulsiones sexuales y agresivas, preocupados de cada uno de los procesos vegetativos, los histéricos viven fundamentalmente "hacia afuera". Ellos no sienten su cuerpo interno ni son atormentados por sus instintos. Su vida acontece en la superficie, en el mirar y ser mirado, dejándose admirar, pero también en la espontaneidad, en la ruptura de cualquier orden rígido, en la versatilidad más total. ¡Y cómo son amados por sus parejas! ¿Será esto masoquismo solamente? ¿O no se tratará más bien de que el histérico sabe "entre-tener" (tenerse y tener al otro en el "entre") como ninguno y que ese teatro permanente que tanto le reprochaba Jaspers (1959, p. 370) es sólo una versión más acentuada de ese juego de roles que es la vida, el mismo que hace dudar a Calderón de la Barca de si "la vida es sueño"? Resulta entonces que la histeria es la vertiente positiva de la obsesión y, a la inversa, ésta lo es también con respecto a la primera. Cuántos conductores del género humano han sido grandes obsesivos, llenos de contradicciones, por cierto, pero qué capacidad de trabajo, qué perseverancia, qué fuerza instintiva, qué creatividad. Vimos recién el caso de Kierkegaard. Cómo se atormentaba, cómo cada decisión lo hacía transpirar, cómo la sola posibilidad remota de un pecado lo hacía echar pie

atrás en su noviazgo con la dulce Regina. Sin embargo, en sus últimos años se fue "soltando" y viajó y buscó la fama, se peleó con sus editores y no quiso dejar ni un solo pensamiento suyo sin darlo a conocer al mundo. Es como si la maduración de su genialidad hubiera sido posible a través de un cierto grado de "histerización" de su persona. *Ergo*: el remedio para la histeria sería un poco de obsesividad y para los obsesivos, un poco de histeria.

Las personalidades anormales conservan siempre un grado importante de libertad, a la cual deberá recurrir el psiquiatra en sus afanes modificadores. Pero será un error el pretender orientar al paciente hacia una mera adaptación a ese inexistente "término medio". Por el contrario, habrá que mostrarle al paciente toda la positividad de sus rasgos pretendidamente anormales y de tal manera que se le haga claro el camino a recorrer en la dirección contraria, hacia su polo opuesto, el que por lo demás no le es tan ajeno, porque de algún modo arrancó antes de él, de algún modo está todavía en él. Y entonces cabe esperar que los pasos madurativos lo vayan acercando más y más al centro de la polaridad, a la medida, mesura o norma griega, que no es el término medio, sino, como decíamos, lo perfecto entre dos extremos imperfectos. Normalidad y anormalidad no pueden ser términos absolutos en la medicina y menos aún en la psiquiatría. Tampoco se trata de caer en un relativismo total. A nosotros nos parece que una perspectiva dialéctica podría evitar los excesos en que habitualmente caen ambas posiciones.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Washington DC, American Psychiatric Press, Inc., 1980.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Press, Inc., 1994.
- Aristóteles: Ética a Nicómaco. Madrid, Editorial Gredos, 1985.
- Bernard C: Leçons sur la chaleur animale. Paris, J. B. Bailliére, 1876.
- Bernard C: Leçons sur le diabetes et la glycogenese animale. Paris, J. B. Bailliére, 1877.
- Binswanger L: Drei Formen Missglückten Daseins. Verstiegtheit, Verschrobenheit, Manieriertheit. Tübingen, Max Niemeyer Verlag, 1956.
- Binswanger L: Schizophrenie. Pfullingen, Neske Verlag, 1957.
- Blankenburg L: Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1971.
- Blankenburg L: Wie weit reicht die dialektische Betrachtungsweise in der Psychiatrie? Z. f. Psychol. Psychother. 29(1):45-66, 1981.
- Blankenburg L: La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 21:177-88, 1983.
- Bleuler E: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, Wien, F. Deuticke, 1911.
- Broussais FJV: Traité de physiologie appliquée à la pathologie, 2 vol. Paris, Mlle. Delaunay, 1822-23, p. 263, 286.
- Bumke O: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München, Bergmann, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer, 1948.
- Canguilhem G: Lo normal y lo patológico (1966). 5ª Ed. Ciudad de México, Siglo Veintiuno Editores, 1983.
- Comte A: Cours de philosophie positive: 40e leçon. Considérations philosophiques sur l'ensemble de la science biologique, 1938. Paris, Ed. Schleicher, t. III, 1908.
- Comte A: Système de politique positive (1851-54). 4ª Ed. Paris, Edit. Crès, p. 651, 1912.
- Descartes R: Meditationes de prima philosophia. Hamburg, Felix Meiner Verlag, 1959.
- Dörr-Álamos A *et al.*: Personalidad premórbida en los distintos cuadros afectivos. Memoria para obtener el título de Psicóloga. Universidad Diego Portales, Santiago, 1991.
- Dörr Zegers O, Enríquez G, Jara C: Del análisis clínico estadístico del síndrome depresivo a una comprensión de la depresividad en su contexto patogénico. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat., 10:17-37, 1971.
- Dörr Zegers O: En torno a una perspectiva existencial de la psicoterapia. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat., 11(1): 47-55, 1972.
- Dörr Zegers O: Pensamiento dialéctico y estructuras de personalidad. Rev. Psiquiatría, 4:21-30, 1986.
- Dörr Zegers O: Salud mental y 'diaita' (la dieta griega). Revista de Psiquiatría 13(4):187-94, 1996.
- Dörr Zegers O: Personalidad normal y anormal. En: A. Heerlein (Ed.): Personalidad y Psicopatología. Santiago, Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 1997.
- Dörr Zegers O: La superación de la neurosis por la genialidad: el caso Sören Kierkegaard. Folia Psiquiátrica 4:57-67, 1998.
- Haefner H: ...
des Er
Lehma
Heidegger I
Verlag
Hofer G: P
25:334
Jaspers K:
Götting
370, 19
Kant I: Ant
den Sc
Ansch
Werke
Buchg
Kierkegaard
1955.
Kierkegaard
ción. I
Kimura B:
einer
Beiträ
New Y
Kraus A: M
tion c
existe
5(1):3
Lafin Enträ
ferme
rial A
Landolt H
und s
Schw
Leriche R
Mala
méde
22, 6
Müller-Su
Eind
Psych

glycogenese
 ten Daseins.
 anieriertheit.
 956.
 igen, Neske
 chen Selbst-
 and Enke,
 dialektische
 iatrie? Z. f.
 181.
 ciencia básic-
 ro-Psiquiat.
 Gruppe der
 . Deuticke,
 liquée à la
 ay, 1822-23,
 iten. Mün-
 feidelberg,
 (1966). 5ª
 o Editores,
 40e leçon.
 emble de
 chleicher,
 351-54). 4ª
 ilosophia.
 ida en los
 ara obte-
 ad Diego
 sis clínico
 compren-
 togénico.
 71.
 xistencial
 Psiquiat.,
 ructuras
 30, 1986.
 ieta grie-
 , 1996.
 mal. En:
 atología.
 rología,
 is por la
 'olia Psi-

Haefner H: Symptom und Diagnose. In: Arzt im Raum des Erlebens. Hrsg. H. Stolze. München, Lehmann, 1959.

Heidegger M: Sein und Zeit (1927). Max Niemeyer Verlag (1963).

Hofer G: Phänomen und Symptom. Der Nervenarzt 25:334, 1954.

Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer Verlag, p. 652, 370, 1959.

Kant I: Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Von den Schwächen und Krankheiten der Seele in Anschauung ihres Erkenntnisvermögens. In: Werke in 6 Bänden, Bd. VI. Darmstadt, Wiss. Buchgesellschaft, p. 512 ss, 1968.

Kierkegaard S: Diario Íntimo. Madrid, Guadarrama, 1955.

Kierkegaard S: La enfermedad mortal o desesperación. Madrid, Guadarrama, p. 199, 1969.

Kimura B: Phänomenologie des Schulterlebnisses in einer vergleichenden psychiatrischen Sicht. In: Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie. Basel-New York, S. Krager, p. 225, 1967.

Kraus A: Methodological problems with the classification of personality disorders: the significance of existential types. Journal of Personality Disorders 5(1):82-92, 1991.

Laín Entralgo P: La amistad entre el médico y el enfermo en la Antigüedad Clásica. Madrid, Editorial Alianza, p. 175, 1986.

Landolt H: Ueber Verstimmungen, Dämmerzustände und schizophrene Zustandsbilder bei Epilepsie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 76:313-21, 1955.

Leriche R: Introduction générale; De la Santé à la Maladie; La douleur dans les maladies; Où va la médecine? Encyclopédie française, t. VI, p. 16, 22, 676, 1936.

Müller-Suur H: Die schizophrenen Symptome und der Eindruck des Schizophrenen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 26:140, 1958.

Pfeiffer H: Die Symptomatik der Depression in transkultureller Sicht. In: Das depressive Syndrom, Hippus-Selbach (Ed.). München-Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg, 1969.

Platón: Las Leyes, Libro V, 746 c / 747 e. En: Obras Completas. Madrid, Editorial Aguilar, p. 1361, 1979.

Rilke RM: Sämtliche Werke, Band I. Frankfurt am Main, Insel Verlag, 1955.

Rilke RM: Briefe, Band I, S. 369. Frankfurt am Main und Leipzig, Insel Verlag, 1991.

Rilke RM: Sämtliche Werke, Band VII. Frankfurt am Main und Leipzig, Insel Verlag, 1997.

Schmidt HO, Fonda CP: The reliability of psychiatric diagnosis: A new look. Journal of Abnormal and Social Psychology 52:262-7, 1956.

Schneider K: Klinische Psychopathologie. Stuttgart, Thieme, 1962.

Schwartz MA, Wiggins OP: Prototypes, ideal types, and personality disorders: The return to classical psychiatry. Journal of Personality Disorders 3:1-9, 1989.

Straus E: Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung (1928). In: Straus, Zutt, Die Wahnwelten, pp. 337-351. Frankfurt am Main, Akademische Verlagsgesellschaft, 1963.

Tellenbach H: Die Melancholie (1961). Heidelberg-Berlin-New York-Tokyo, Springer, 1983.

Tellenbach H: Normalität. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. X. Hrsg. U. H. Peters. Zürich, Kindler, p. 78-79, 1979.

Wilmanns K: cit. por K. Jaspers en Allgemeine Psychopathologie, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer Verlag, 7. Auflage (1959), p. 655.

Zerssen D, von: Objektivierende Untersuchungen zur prä-morbiden Persönlichkeit endogenen Depressiven. In: Das Depressive Syndrom. München-Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1969.

Zerssen D, von: Personality and Affective Disorders. En: Paykel ES: Handbook of Affective Disorders. New York, Churchill Livingstone, 1982.