

O. Dörr Zegers

Los trastornos de personalidad desde una perspectiva fenomenológica

Unidad Docente de Psiquiatría de la Universidad de Chile
Hospital Psiquiátrico de Santiago
Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales
Santiago de Chile

Distintos estudios han cuestionado la capacidad de los diagnósticos categoriales para establecer una distinción clara y distinta entre la existencia o no de un trastorno de personalidad determinado. La perspectiva dimensional se aproximaría más a la realidad, en la medida que intenta medir los diferentes grados de intensidad en que se presentan estos trastornos en la práctica clínica. Pero su aplicación es muy engorrosa y además presupone la existencia de esas categorías cuyos matices pretende medir. Todo lo anterior nos lleva a recurrir a la perspectiva fenomenológica, la que nos parece la más adecuada para el estudio de realidades complejas, como es el caso de la personalidad y de sus trastornos. Se describen los rasgos esenciales del método fenomenológico en el sentido de Husserl y luego su contribución al estudio de los trastornos de personalidad. Ésta se puede resumir en tres aportes fundamentales: los tipos ideales, introducidos en la psiquiatría por Karl Jaspers; los tipos existenciales, por Ludwig Binswanger, y las tipologías y polaridades dialécticas, por Wolfgang Blankenburg y el suscrito. El autor define y desarrolla cada uno de estos conceptos, pretendiendo demostrar sus ventajas con respecto a los sistemas categoriales y dimensionales.

Palabras clave:

Trastornos de la personalidad. Perspectivas categoriales y dimensionales frente a perspectiva fenomenológica. Posibilidad de una concepción dialéctica de los TP.

Actas Esp Psiquiatr 2008;36(1):10-19

Personality disorders from a phenomenological perspective

Different studies have questioned the capacity of the categorical diagnostics to establish a clear distinction between the existence or not of a determined personality disorder. The dimensional perspective would approach more to reality, in the measure that it tries to measure the diffe-

rent intensity degrees in which these disorders are present in the patients. But its application is very laborious and besides, presupposes that those categories whose nuances it pretends to measure really exist. The foresaid leads us to appeal to phenomenological perspective, which seems to be more adequate for the study of complex realities, as it is the case of the personality and its disorders. The essential features of the phenomenological method in the sense of Husserl are described, as well as his contribution to the study of personality disorders. This can be summarized in three fundamental points: the ideal types, introduced in psychiatry by Karl Jaspers, the existential types, by Ludwig Binswanger, and the dialectic typologies and polarities, by Wolfgang Blankenburg and the undersigned. This author defines and develops each one of these concepts, aiming to show their advantages with respect to the categorical and dimensional systems.

Key words:

Personality disorders. Categorical and dimensional perspectives versus phenomenological perspective. Possibility of a dialectical conception of PD.

INTRODUCCIÓN

El gran problema de los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico en psiquiatría es que son categoriales; vale decir que un número determinado de síntomas o rasgos afirma o no la existencia de un «trastorno» (*disorder*) sin tomar en cuenta las transiciones hacia otros cuadros clínicos, y menos aún hacia la normalidad. Ahora si el empleo de categorías absolutas ya es cuestionable en el ámbito de lo que en psiquiatría consideramos «enfermedades», como la esquizofrenia o la enfermedad bipolar (dada la ausencia de un sustrato que le dé consistencia al diagnóstico), mucho más lo es en el campo de los trastornos de la personalidad, por cuanto aquí no es seguro que sea siquiera legítimo hablar de «desorden» o de «trastorno». Y esto porque esta designación se emplea, en el caso de los cuadros endógenos, como sinónimo de enfermedad y nadie ha podido afirmar que los trastornos de personalidad correspondan en algún sentido al concepto médico de enfermedad. Ya Kurt Schneider (1962) insistía en que los «psicópatas» no eran enfermos, si-

Correspondencia:

Otto Dörr Zegers
Av. Luis Thayer Ojeda 0115
Santiago de Chile
Correo electrónico: fdoerr@entelchile.net

no que representaban variaciones extremas con respecto a una personalidad promedio ideal o, más precisamente, variaciones extremas de algunos rasgos de personalidad. Es decir, la «personalidad psicopática» schneideriana se aproxima más al modelo dimensional que al categorial. Lo habitual ha sido, empero, el empleo de modelos dimensionales para los rasgos de personalidad anormal y categoriales para los trastornos de personalidad propiamente tales (Livesley, 1985), lo que ha contribuido aún más a la confusión en el campo de la clasificación y el diagnóstico de estas alteraciones conductuales que la psiquiatría moderna insiste en tipificar del mismo modo que las enfermedades con la designación de «trastorno» o «desorden» (*disorder*).

Los diagnósticos categoriales serían apropiados si se pudiera establecer una clara distinción entre la presencia o ausencia de un trastorno determinado. Pero ocurre que no existe ningún estudio empírico que haya podido demostrar una línea de división clara y distinta entre la existencia o no de un trastorno de personalidad. Así, Frances et al. (1984) aplicaron tests de personalidad a un universo de pacientes ambulatorios, encontrando en 76 de ellos elementos como para diagnosticar un trastorno de personalidad, concluyendo que «los criterios del DSM-III para trastornos de personalidad no pueden distinguir entidades diagnósticas categoriales recíprocamente excluyentes... la frecuencia de diagnósticos múltiples apoya la utilización de un sistema de diagnóstico de personalidad dimensional y no categorial» (p. 1083). Zimmermann y Coryell (1990) estudiaron la personalidad en 808 parientes de primer grado de pacientes psiquiátricos y de un número semejante de sujetos que no habían estado nunca enfermos, y concluyeron que «los puntajes para trastorno de personalidad están distribuidos en un *continuum* sin puntos de tenuidad que permitan hacer la distinción entre normalidad y patología» (p. 690). Por su parte, Oldham et al. (1992) aplicaron dos entrevistas semiestructuradas para diagnosticar trastornos de personalidad según el DSM-III-R a 100 de los 106 pacientes hospitalizados en una clínica para trastornos de personalidad severos, concluyendo que la existencia de «patrones consistentes de comorbilidad entre trastorno de personalidad narcisista, evitativo e histriónico sugieren que las distinciones categoriales entre ellos y otras categorías diagnósticas de personalidad del DSM-III-R pueden ser ilusorias» (p. 213). Por último, Nurnberg et al. (1991) evaluaron 110 pacientes con trastorno de personalidad según el DSM-III-R y que no tenían patología del eje I, concluyendo que «los pacientes que cumplen con los criterios del DSM-III-R para trastorno de personalidad límite constituyen un grupo muy heterogéneo, con límites poco claros y cuya superposición con categorías vecinas de trastornos de personalidad es muy extensa» (p. 1376).

Otros autores como Widiger y Sanderson (1995) han hecho incluso algunos cálculos aritméticos que ponen aún más de relieve la arbitrariedad de los diagnósticos categoriales en el ámbito de los trastornos de personalidad. Así, ellos sostienen que hay 93 formas posibles para cumplir con los criterios del DSM-III-R para personalidad límite y

149.495.616 formas diferentes de cumplir con los criterios del DSM-III para la personalidad antisocial. Y, sin embargo, hay una sola categoría diagnóstica que reúne a todos estos casos diferentes. Por cierto que no se trata de crear una categoría para cada una de las millones de combinaciones posibles de personalidad antisocial, pero es evidente que no todos los individuos con este tipo de conducta son semejantes en su sintomatología y que muchas de las diferencias pueden ser de importancia considerable en la práctica clínica.

La perspectiva dimensional propone, en cambio, un sistema para medir la proporción en que está presente un determinado trastorno de personalidad, con lo cual está evitando los peligros ya mencionados de las definiciones categoriales, en las cuales el clínico se ve obligado en cada caso a afirmar o no la existencia de un determinado trastorno, prescindiendo de intensidades y matices. Thomas Widiger y Cynthia Sanderson (1986), que han sido entusiastas precursores del uso de sistemas dimensionales, proponen aplicar a cada tipo de trastorno de personalidad una escala de seis niveles, susceptibles incluso de ser cuantificados, cuales son: ausente, rasgos, bajo el umbral, umbral, moderado y extremo. El primer nivel, como su nombre lo indica, significa la ausencia de todo rasgo propio del trastorno de personalidad en cuestión. El nivel «rasgos» significa la presencia de uno a tres de los síntomas que se necesitan para hacer el diagnóstico de ese tipo de personalidad. El nivel «bajo el umbral» significa que a la persona le falta sólo un síntoma para pertenecer a la categoría. El nivel «umbral» significa que el sujeto cumple justo con los criterios para pertenecer a esa categoría. El nivel «moderado» significa que el sujeto cumple ampliamente con los criterios, y por último, el nivel «extremo», que el sujeto tiene todas las manifestaciones descritas para esa categoría. Estos autores sostienen que este tipo de codificaciones no son incompatibles con el sistema categorial de los DSM, pudiendo, por el contrario, proporcionar una terminología uniforme y un método para describir el grado en que un paciente pertenece o no a una categoría determinada. Los inconvenientes que ellos mismos le reconocen a la metodología propuesta tienen que ver con la improbabilidad de que los clínicos prácticos puedan aplicar este tipo de evaluación de los criterios para cada trastorno de personalidad en forma sistemática. Nosotros pensamos, en cambio, que éste es un inconveniente menor frente al hecho que el método dimensional propuesto acepta tácitamente en su aplicación esas mismas categorías absolutas que critica, agregando sólo un método para cuantificar los rasgos que el paciente presenta.

Todo lo anterior nos está mostrando una vez más lo insuficiente que resulta la aplicación de criterios categoriales y cuantitativos a realidades complejas, como es el caso de la personalidad humana. Recordemos el viejo aforismo griego: «Sólo lo igual conoce a su igual.» En la búsqueda de un método adecuado a la complejidad de los objetos propios de las llamadas ciencias humanas o del espíritu (*Geisteswissenschaften*) es que Edmund Husserl (1901) creó la fenomenología inspirado en su propio lema, según el cual las ciencias humanas no podrán ser exactas como las matemáticas, pero sí pueden y deben ser estrictas.

LA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA

Lo primero que habría que decir al respecto es que la fenomenología de Husserl nada tiene que ver con lo que la literatura psiquiátrica anglosajona llama «*phenomenology*» (DSM-IV-TR™, 2000). Esta última se refiere a la simple descripción de las manifestaciones más visibles de una enfermedad determinada. En rigor ellos deberían hablar de «psicopatología descriptiva» y no de «fenomenología». Síntomas y signos son los elementos externos y visibles de un contexto o proceso etiopatogénico (la enfermedad) que en sí mismo no se muestran. El fenómeno, en cambio, es «lo que se muestra en sí» (Heidegger, 1927, 1963) y comprende al mismo tiempo el signo o el síntoma que lo anuncia y la perturbación que lo subyace. La fenomenología no se queda entonces en lo que está ahí delante (lo obvio), sino que intenta, por medio de la *epoché* o reducción, llegar hasta la intimidad de su estructura, hasta su esencia. Este procedimiento, desarrollado a cabalidad por Husserl, tiene sus orígenes en la misma filosofía griega, que fundamentó su *episteme* en un ir más allá de la *doxa*, esa opinión que se basa en el modo como espontáneamente se presentan las cosas al ser humano en su vida cotidiana. Es la aspiración a penetrar hasta la estructura interna de lo real lo que distingue al conocimiento científico del conocimiento vulgar. En una primera aproximación Husserl trató de investigar el sujeto del conocer, vale decir, nuestro entendimiento mismo, pero luego se dio cuenta que nada podía saber del sujeto cognoscente sin averiguar también eso por conocer, sea éste un objeto natural o un objeto cultural. Así él superó en cierto modo los dualismos sujeto-objeto e inmanente-trascendente al proponerse investigar los procesos subjetivos del conocimiento junto con aquello que se nos muestra como objeto en el acto de conocer, a saber, el fenómeno. Y a este acto lo llamó «acto intencional». Pero la intencionalidad no es un mero modo de relación entre el sujeto y el objeto, sino un rasgo esencial de la conciencia. Expresado con las palabras de Husserl: «En los simples actos de percibir estamos dirigidos a las cosas percibidas, en el recordar a las recordadas, en el pensar a los pensamientos, en el evaluar a los valores, en el desear a los objetivos y perspectivas, etc.» (1962, p. 237). Y es debido justamente a esta característica de la conciencia que nosotros los humanos estamos desde el primer momento con las cosas y permanecemos siempre junto a ellas. Y es también el carácter intencional de la conciencia el que le permite a ésta comportarse trascendentalmente con respecto a sí misma. Sin el descubrimiento de la intencionalidad habría sido imposible superar la ingenuidad que impera tanto en la conciencia natural o pre-reflexiva como en la conciencia científica y lógica.

En la vida diaria nos encontramos siempre en una actitud natural e ingenuamente orientados hacia el mundo de los objetos, pero esta actitud no nos conduce al conocimiento, ni menos al conocimiento científico. Las ciencias empíricas o de la naturaleza han accedido a este último a través de la reducción de los objetos que se nos presentan en la experiencia natural a uno solo de sus aspectos. Así, por ejemplo,

cuando el químico se aproxima al agua, él reduce todos sus significados a la mera composición molecular: dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno. En rigor, lo que hace el científico natural es proyectar la teoría físico-química de la realidad sobre la totalidad del fenómeno, descartando el resto de los elementos constitutivos del objeto real. De este modo el químico no considera la capacidad que tiene el agua de saciar la sed o de hacer que los campos produzcan frutos y olvida por completo los simbolismos vinculados a la profundidad del mar o la importancia de las nubes o la belleza de un lago. Por el contrario, cuando el fenomenólogo, abandonando la actitud natural, adopta una actitud reflexiva, él dirige su atención a la totalidad de las muchas formas en que un objeto es percibido en la conciencia. En otras palabras: en toda experiencia real experimentamos más de lo que la percepción del mero objeto nos entrega. Esto fue formulado en forma brillante 100 años antes de Husserl por Goethe (1966, p. 687) en uno de sus aforismos: «La experiencia es siempre sólo la mitad de la experiencia.» Siempre vivimos más de lo que vivimos, experimentamos más de lo que experimentamos y explorar esta otra parte es la gran tarea de la fenomenología. El principio de Goethe, en sí mismo tan similar a los postulados de Husserl, nos lleva directamente a la obra de Marcel Proust. El profundo significado de su novela «En busca del tiempo perdido» (1976) está en el rescate de todo lo que él experimentó en el pasado y vivió en ese momento sin casi tomar conciencia de ello. Las principales características de su obra son similares a las etapas fundamentales del método fenomenológico: una apertura total a la realidad, una actitud reflexiva que percibe la realidad como entregada a la conciencia y una eliminación progresiva de todos los presupuestos, prejuicios y elementos accidentales como un instrumento para lograr una visión de la esencia de lo que se tiene ahí delante.

El primero que aplicó el método fenomenológico a la psiquiatría fue el médico y filósofo alemán Karl Jaspers (1959, 1963). En la perspectiva de Jaspers la fenomenología es sólo una «psicología descriptiva». Ella está firmemente relacionada con hechos y entrega una descripción imparcial de las experiencias de los pacientes. Jaspers combinó un llamado a la empatía (*Einfühlen*) con la inmediata comprensión (*Vers-tehen*) de la otra persona, pero se abstuvo de emplear las técnicas más propiamente fenomenológicas como son la reducción, la variación libre y la intuición de esencias. A pesar de ello, nosotros no compartimos la opinión de Berrios (1989), quien contrastara demasiado a Husserl con respecto a Jaspers. Las diferencias entre ambos no son tan extremas, al menos en lo que se refiere a la aplicación de sus respectivas aproximaciones fenomenológicas a la psiquiatría. Algunas afirmaciones de Jaspers pueden ilustrar lo antedicho: «La fenomenología se relaciona con lo que es experimentado como real; ella observa la mente "desde dentro" a través de la inmediata representación (*Vergegenwärtigung*)» (1963, p. 326); o: «Quien no tiene ojos no puede practicar la historia; quien se repudia a sí-mismo o es incapaz de imaginar la mente y percibirla como una entidad viva nunca podrá entender la fenomenología» (1963, p. 318). Así, los puntos

de partida de Jaspers fueron en realidad también los de Husserl: el regreso a las cosas mismas, la intencionalidad de los fenómenos psíquicos y el cambio desde una actitud natural a una actitud fenomenológica. Una búsqueda escrupulosa en los escritos de Jaspers nos puede llevar incluso hasta la misma intuición de esencias de Husserl, como cuando apela a «un orden que una los fenómenos de la mente de acuerdo con su relación fenomenológica, en forma similar a lo que ocurre con los colores infinitamente variados del arco iris» (1963, p. 324). Importantes autores estadounidenses como Osborne Wiggins y Michael Schwartz (1992, 1997) han expresado recientemente una opinión similar con respecto a los nexos existentes entre Jaspers y Husserl.

EL APOORTE DE LA FENOMENOLOGÍA AL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Tres son los aportes más fundamentales que, en mi opinión, ha hecho la fenomenología en el campo de los trastornos de personalidad. En primer lugar, el concepto de «tipo ideal» incorporado por Jaspers (1913, 1959) y retomado en años recientes por Michael Schwartz y Osborne Wiggins (1987, 1991); en segundo lugar, el concepto de «tipo existencial» originario de Binswanger (1932, 1955) e introducido definitivamente en la psiquiatría por Alfred Kraus (1991), y, por último, la aplicación de la perspectiva dialéctica al estudio de los trastornos de personalidad, iniciada por Wolfgang Blankenburg (1974, 1981) y continuada por este autor (Dörr, 1986, 1990, 1992, 1997).

Jaspers y los tipos ideales

Karl Jaspers (1913, 1959), inspirándose en su maestro, el sociólogo Max Weber, fue el primero que introdujo el concepto de «tipo ideal» en la psicopatología (p. 511). Jaspers pensó que esta creación de Weber podía representar un camino para categorizar aquellos trastornos psiquiátricos que no podían ser conceptualizados como entidades nosológicas propiamente tales. Recordemos que él dividió las enfermedades mentales en tres grupos. En el primero, que corresponde a todos los cuadros de origen somático, cabe aplicar el tipo de diagnóstico propio de la medicina en general desde el momento en que en todos ellos existe un sustrato anatomopatológico. En el tercer grupo, que abarca las reacciones vivenciales anormales, las neurosis y los trastornos de personalidad, el diagnóstico médico es totalmente imposible y no cabe en ellos sino la aplicación de un diagnóstico tipológico. El grupo dos, en cambio, y que corresponde a las enfermedades idiopáticas o endógenas, ocupa al respecto una posición ambigua, por cuanto esos cuadros los pensamos como enfermedades, pero como no conocemos el sustrato todavía estamos obligados a emplear el método del «tipo ideal».

Ahora, ¿qué es el tipo ideal para Max Weber y luego para Karl Jaspers? Para Weber (1958) los tipos ideales son cons-

tructos por medio de los cuales el hombre intenta comprender la realidad, pero que no la representan necesariamente. La construcción de estos tipos ideales la describe Weber con las siguientes palabras: «Un tipo ideal está formado por la acentuación unilateral de uno o más puntos de vista y por la síntesis de una gran cantidad de fenómenos individuales difusos, distintos, más o menos presentes y ocasionalmente ausentes, los cuales son dispuestos de acuerdo a esos puntos de vista acentuados unilateralmente en un constructo de pensamiento unificado» (p. 90). Los tipos ideales son descripciones idealizadas de las características concretas de las cosas, vistas éstas desde un determinado punto de vista. Lo habitual es que sea difícil distinguir entre la multiplicidad de cosas, por cuanto los límites entre sus identidades son borrosos, fluidos, vagos. Por medio del tipo ideal dejamos de lado el carácter ambiguo de las cosas e imaginamos algo así como un caso «puro», en el cual las características más relevantes aparecen en forma distinta y unívoca. Más aún, en un caso concreto las características pueden variar de tal modo que cada individuo parezca único e incomparable con respecto a los otros.

Jaspers (1913, 1959) distingue enfáticamente entre clase y tipo: «Un caso pertenece o no a una clase (v. gr., la parálisis general), mientras que a un tipo (v. gr., la personalidad histérica) un caso puede pertenecer más o menos... Un tipo es una construcción ficticia que corresponde a una realidad con límites difusos y con respecto al cual debe ser medido el caso particular. Es importante, por ende, medir cada caso particular en relación a muchos tipos, hasta en lo posible agotarlo». (p. 469). Los tipos son producto de nuestra intuición, que pretende captar totalidades coherentes dentro de la multiplicidad de lo real. Jaspers diferencia los «tipos promedio» de los «tipos ideales». Los primeros resultan de la determinación de características mensurables en un grupo numeroso de casos (altura, peso, inteligencia, etc., promedios). El tipo ideal, en cambio, puede surgir de la experiencia de un solo caso.

Schwartz y Wiggins (1987), siguiendo a Weber y a Jaspers, definen los tipos ideales con miras a su aplicación en psiquiatría como «definiciones idealizadas de tipificaciones... El tipo describe el caso perfecto: el caso en el cual la mayoría de los rasgos característicos están presentes.» (p. 282). En los casos reales, en cambio, muchos de estos rasgos pueden estar ausentes o presentes en forma incompleta o atípica. Será la labor del clínico el desarrollar la habilidad para determinar en estos casos «imperfectos» su mayor o menor grado de proximidad al tipo ideal. Y esto es lo que hacemos en la práctica clínica no sólo con los trastornos de personalidad, sino con todas las enfermedades que carecen de sustrato, como es el caso en los cuadros endógenos. La esquizofrenia es un tipo ideal y también lo es la paranoia y la enfermedad bipolar y en cada paciente concreto tendremos que «reconocer» de qué tipo se trata a través de la multiplicidad, variabilidad y el carácter difuso de los síntomas. Ahora bien, este método diagnóstico, basado en el reconocimiento del tipo y la determinación del grado de aproxima-

ción que muestra el caso que tenemos ahí delante con respecto al tipo ideal, tiene una serie de ventajas prácticas en comparación con la arbitrariedad del diagnóstico categorial, que está obligado a decir simplemente: este trastorno existe o no existe. Y esto porque el clínico se verá obligado a investigar por qué en ese caso concreto hay elementos del tipo ideal reconocido que faltan y otros que sobran. Imaginemos un enfermo con un cuadro depresivo, que en muchos aspectos se aproxima al tipo ideal «depresión endógena» o «melancolía» descrito por los clásicos (E. Kraepelin, 1916; E. Bleuler, 1916, 1975; Tellenbach, 1961, 1983), pero que tiene elementos que no pertenecen a él, como una extrema sequedad de la piel y un aumento del tamaño cardíaco, por ejemplo. El psiquiatra se verá obligado a «dar razón» de esto que «sobra», de lo que no pertenece al tipo ideal «depresión endógena», para lo cual tendrá que hacer una serie de exámenes que en definitiva le permitirán constatar la existencia de un hipotiroidismo severo. En otros casos habrá que buscar la explicación de «lo que falta». Es el caso, por ejemplo, de un muchacho cuyo cuadro clínico se aproxima al tipo ideal «esquizofrenia» de Bleuler (1911), pero que tiene un pensamiento mucho más ordenado que lo habitual en estos casos. Una investigación sobre el estilo de comunicación intrafamiliar nos podría poner en evidencia eventualmente que en esa familia no impera el clásico «doble mensaje» (*double bind*) descrito por Bateson (1971), lo que habría protegido al paciente de la característica perturbación de las asociaciones.

En el campo de las personalidades y/o de sus trastornos se han hecho muchos intentos de describir tipos ideales, empezando por la clásica tipología griega de los caracteres flemático, sanguíneo, colérico y melancólico. Recordemos también la conocida tipología de Kretschmer (1965), con sus tipos esquizoide, cicloide y epileptoide. Están también las cuatro personalidades clásicas: esquizoide, depresiva, obsesiva e histérica (que corresponden a lo que se consideraba durante la primera mitad del siglo xx como las grandes formas de enfermar psíquico) y que nadie ha descrito con más agudeza y propiedad que Fritz Riemann (1965). Entre los tipos ideales más novedosos de los últimos años están el *typus melancholicus* y el *typus manicus*, ambos descritos por Tellenbach en 1961 y 1983, respectivamente. Estos últimos representan clásicas intuiciones fenomenológicas y han tenido una gran importancia en el proceso de intentar comprender la génesis tanto de la depresión monopolar como de la bipolar (Dörr, 1994).

Pero en un punto disentimos de Karl Jaspers y de los autores Michael Schwartz y Osborne Wiggins y es que ellos postulan que los tipos ideales son meros constructos o ficciones que pueden servir más o menos en la práctica clínica del psiquiatra. Sin negar la arbitrariedad inherente al hecho mismo de definir un tipo de una u otra manera, ellos, para tener validez, deben corresponder a modos de configuración de la realidad misma. Ésta se presenta, en todos sus niveles, como formas, estructuras o sistemas regidos por determinadas leyes y son estas formas o *Gestalten* las que el

fenomenólogo intuye cuando logra avanzar desde las manifestaciones externas hasta la «intuición de esencias» en el sentido de Husserl. Y mientras más acertada sea la descripción de un tipo ideal, más permanente será su validez. Si no carecería de explicación el que descripciones tan antiguas de la personalidad de los maníacos y de los depresivos como las respectivas de Platón y de Aristóteles (Flashar, 1966) puedan corresponder casi exactamente a las que hiciera Tellenbach (1961) 2500 años más tarde y que mencionáramos más adelante. Se trata entonces de auténticas intuiciones fenomenológicas que han logrado captar estas formas esenciales de manifestarse la naturaleza en el campo de los desórdenes mentales. Muy distinto es lo que ocurre con los trastornos de personalidad de los DSM. Justamente por el hecho de pretender ser tipos reales y no tipos ideales es que adolecen de todos los inconvenientes que veíamos en la introducción.

Los tipos existenciales

La idea de los «tipos existenciales» se remonta a la obra de Binswanger, en particular a sus estudios sobre la esquizofrenia (1957) y a su libro «*Drei Formen missglückten Daseins*» («Tres formas de existencia frustrada») (1956). En estas obras, así como en algunos artículos anteriores (1932, 1955), plantea Binswanger su concepto de la «proporción antropológica» como norma con respecto a la cual el hombre concreto se puede desviar, constituyendo éste el fundamento ontológico tanto de determinadas conductas patológicas como de eventuales tipologías. El horizonte desde el cual Binswanger define estas proporciones es la ontología de Heidegger (1927, 1963), en la que el existente humano es definido como ser-ahí (*Dasein*) y como ser-en-el-mundo (*In-der-Welt-sein*). Ahora bien, y a diferencia de Heidegger, Binswanger no concibe el ser-en-el-mundo sólo como una estructura universal del hombre, sino como la unidad concreta de sí-mismo y mundo inherente a cada ser humano. Una típica proporción existencial es la que se da entre altura y amplitud, o dicho en otros términos, entre verticalidad y horizontalidad. Así, por ejemplo, en la personalidad esquizoide, con sus ideales excéntricos y su atemporalidad, existiría una desproporción a favor de la verticalidad, mientras que en el *typus melancholicus* (Tellenbach, 1961), propio de las personas proclives a la depresión, con su facilidad para moverse en el mundo cotidiano, su escasa tendencia al vuelo metafísico y su dificultad para trascender las «situaciones sin salida», de algún modo constitutivas del «camino de la vida», la desproporción sería a favor de la horizontalidad y en desmedro de la altura. Pero existen muchas otras proporciones en la existencia humana y ellas deben ser conservadas para poder mantenerse en la «normalidad». Es el caso de los procesos de individuación y socialización, de continuidad e innovación, de identidad de sí e identidad de rol, etc. Esta última dualidad ha sido particularmente fructífera en la generación de tipos existenciales, labor realizada en gran medida por Alfred Kraus (1977, 1991), sobre la base de categorías descritas por Jean Paul Sartre en su obra capital «El ser y la nada» (1943, 1966). Nos detendremos en este punto.

Uno de los elementos que contiene el concepto griego de persona como máscara es la dialéctica entre ser en-sí y ser como-sí, entre identidad de sí e identidad de rol (Kraus, 1985), entre facticidad y trascendencia. El actor es él mismo y a la vez el personaje representado. Y esta dualidad era señalada en el teatro griego a través de la máscara. Mientras más se transforme el actor en el personaje representado, menos será él mismo, y a la inversa, si se le nota demasiado su sí-mismo se nos perderá el perfil del personaje representado. Esta situación extrema del actor de teatro se da permanentemente en la vida real porque jamás el hombre podrá tener una identidad absoluta al modo del ser de las cosas, que reposan definitivamente en su total igualdad consigo mismas. El ser del hombre está distendido entre un ser-para-sí o facticidad (en otra terminología «identidad del yo») y un ser-para-el-otro, un papel, un rol. Sartre ha caracterizado esta situación con una doble negación: «Se es lo que no se es y no se es lo que se es» (1943, 1966). «Jamás podremos retirarnos hacia un ser sustancializado con una identidad cósmica, por cuanto una diferencia ontológica fundamental nos impide ser absolutamente idénticos con nuestro respectivo rol (y aún), con nuestros valores y sentimientos», afirma Kraus (1985). Ahora bien, existe una natural distancia entre el ser-para-sí y el ser-para-el-otro, entre el sí-mismo y el rol, distancia que es necesario preservar, porque tanto un acortamiento de ella en el sentido de abolir la diferencia ontológica, como un excesivo alejamiento de los dos polos de esta tensión dialéctica entre identidad y no-identidad, son fuentes de enajenación e insinceridad. Mantener la adecuada distancia, en cambio, es fuente de vida y de crecimiento y no, como pudiera pensarse en un primer momento, una trágica imposibilidad de ser idéntico a sí-mismo. Ambos elementos de la polaridad se determinan recíprocamente y así, mi facticidad, lo que yo soy como sí-mismo, va a otorgar un sello único a ese rol colectivo y, a su vez, ese rol, por ejemplo, de médico, me va a ir haciendo a mí. El problema surge si me «sobre-identifico» con mi rol, porque ello implica una negación del resto de mis posibilidades de ser, y si bien gano con ello estabilidad, estoy perdiendo capacidad de cambio y de adaptación. El proceso inverso, el de una no-identificación con los roles sociales, conduce al aislamiento y a una estéril detención de un sí-mismo desprovisto de esa especie de «capa protectora» que es el rol. Porque el rol es tanto acceso como límite en relación al otro y por eso al perderse, hace al otro inaccesible y al mismo tiempo invasor. Es lo que ocurre en la esquizofrenia. Es de todos conocido que los esquizofrénicos se casan con menor frecuencia, trabajan menos y mal, descienden en la escala social, se aíslan, etc., y al mismo tiempo, mientras más aislados y sin importancia social, más perseguidos se sienten. Se han dado muchas explicaciones para estos fenómenos, pero la más consistente la ha dado, a nuestro parecer, el mismo Kraus (1984) al postular que su falta de identidad deriva de su incapacidad para asumir roles sociales, lo que explicaría, entre otras cosas, la tendencia a un curso espontáneo negativo, puesto que pasado el episodio agudo con ayuda de los diferentes tratamientos el paciente no encuentra roles en los cuales volver a refugiarse. En las llama-

das depresiones endógenas o melancolías, en cambio, ocurre exactamente lo contrario. Estos pacientes se sobre-identifican con los roles sociales, o dicho con otras palabras, se produce en ellos un desplazamiento de la relación dialéctica entre identidad del Yo (o sí-mismo) e identidad de rol en el sentido de esta última, con lo cual, por una parte, se pierde identidad propia y por otra se cae en el peligro de un derrumbamiento existencial sea por la imposibilidad de realizar ese su rol, a raíz de una enfermedad somática, por ejemplo, sea porque el rol es sobre-exigido, como ocurre en el caso de un ascenso en el trabajo.

Pero en lugar de ver las personalidades entre los polos de sobre-identificación e incapacidad de identificarse con el rol, interpretando ambas formas como severas alteraciones de la identidad, podemos también limitarnos a evaluar la distancia existente entre la identidad de sí y la identidad de rol, distancia que va a determinar la configuración de otros tipos existenciales. Así por ejemplo, en la personalidad anancástica la distancia entre sí-mismo y rol es muy escasa, casi tanto como en la personalidad depresiva, lo que haría comprensible su falta de elasticidad en todo sentido, mientras que en las personalidades histéricas la distancia entre un tipo de identidad y el otro es muy grande. Esto vendría a explicar la falta de «lealtad» con los roles que observamos en los histéricos: con qué facilidad cambian de pareja, de trabajo, de ideología, de gustos, de costumbres, etc.

Todos estos tipos existenciales resultan sólo de tomar en cuenta una dimensión antropológica fundamental, cual es la llamada diferencia ontológica entre sí-mismo y rol, pero cabe también estudiar el vivenciar y el comportarse de nuestros pacientes en relación con otras proporciones o desproporciones. Así, en la misma dirección significativa de la verticalidad se da la proporción entre altura y profundidad, tomada esta última no en el sentido de profundidad de pensamiento, sino de arraigo, de enraizamiento. Cabría entonces dividir a las personas entre las que tienen más «vuelo», más libertad y aquellas más apegadas al terruño, a las tradiciones, al pasado, etc. En el ámbito de la horizontalidad se podrían distinguir también dos direcciones significativas y considerar como lo normal y lo perfecto la adecuada proporción entre ambas. Me refiero aquí a la relación entre el estar orientado hacia el avanzar hacia delante, hacia una sola meta y el orientarse más bien hacia la diversidad, hacia la amplitud. Estas últimas personas son más morosas y privilegian el gozar el instante, de algún modo enriquecido, que el cumplir muchas etapas velozmente. En el ámbito de la temporalidad también se dan polaridades que requieren ser mantenidas en la adecuada proporción para evitar desviaciones y desproporciones. Estoy aludiendo aquí a la polaridad entre el estar referido al futuro y el estar referido al pasado, entre progresión y regresión. Conocemos muy bien los problemas que trae consigo la regresión en cualquiera de sus formas. Pero una «progresión» excesiva, una tendencia permanente a entregarse a proyectos sin fundamentos suficientes, puede ser tan negativo como el quedar preso en conductas regresivas. Pensemos, por ejemplo, en el caso de

esos sujetos ilusos que viven tan lanzados en el futuro que lo que es un mero proyecto lo consideran como ya logrado, algo que se transforma en fuente de sistemáticos fracasos, particularmente en el campo de la actividad económica.

Con esta breve digresión acerca de las proporciones entre las distintas polaridades en que se despliega la existencia humana y cuyas desproporciones dan lugar a la génesis de distintos «tipos existenciales» de personalidad, conectamos con el último capítulo de este ensayo, que se refiere justamente a la aplicación a la psicopatología y en particular al estudio de los trastornos de personalidad, de la perspectiva dialéctica.

Tipologías y polaridades: la concepción dialéctica de los trastornos de personalidad

Pero si la normalidad es una «medida», una proporción perfecta entre dos extremos imperfectos (el sentido aristotélico de medida), cabría la posibilidad de ver estos extremos dialécticamente, vale decir, como polos que se repelen y se atraen, que se necesitan mutuamente. Algo patológico en uno de los extremos, la euforia de un maniaco por ejemplo, podría ser concebido no como una desviación negativa del ánimo término medio, sino más bien como «el otro lado de la depresión», como una defensa contra esa inmovilidad, esa angustia congelada, esa detención del tiempo. Y a la inversa, lo depresivo podría ser visto como un desplazamiento de esa tensión dialéctica hacia el lado sombrío, por cierto, pero también como un salvarse de la ligereza, la irrespetuosidad, el atropello, de esa incapacidad de mantener pensamiento y conducta dentro de los cauces habituales del maniaco. Con otras palabras, se trataría de ver la positividad de lo negativo, lo que nos permitiría una comprensión más profunda de la realidad, dominada, como sabemos desde Heráclito, por el principio dialéctico.

Después de Heráclito fue sin duda Hegel (1958) quien introdujo definitivamente en la filosofía el pensamiento dialéctico y con él la pregunta que nos ocupa, cual es la de la positividad de lo negativo. Hegel llegó a decir que «la negatividad es el principio universal de toda vida natural y espiritual» (ob. cit., p. 54). Pero también Goethe es un hombre con sensibilidad para percibir las polaridades en su complementariedad.

«Lo más importante sería comprender que todo lo fáctico es ya una teoría» (Aforismos, p. 723).

Lo que complementa con otro aforismo (p. 703) que dice:

«Naturaleza e idea no son separables, y si intentamos hacerlo no sólo se destruye el arte, sino también la vida».

En otro texto hace una verdadera lista de los opuestos, entre cuyos polos se mueve la vida y que él llama «la dualidad de los fenómenos»:

«Nosotros y los objetos,
la luz y las tinieblas,
el cuerpo y el alma,
el espíritu y la materia,
Dios y el universo,
la idea y la extensión,
lo ideal y lo real,
la sensorialidad y la razón,
la fantasía y el entendimiento,
el ser y la nostalgia» (p. 707).

Pero a quien le debemos la introducción sistemática del pensamiento dialéctico en la psiquiatría es al fenomenólogo alemán Wolfgang Blankenburg (1974, 1981). Lo más importante de su aporte es el cambio que esta perspectiva podría producir en la relación médico-paciente. Es muy distinto aproximarse a un paciente desde la idea o prejuicio de que se trata de un ser en algún sentido deformado, deficitario, que llegar a él sin prejuicio alguno sobre salud o enfermedad y abierto a la posibilidad de ver lo positivo de su negatividad o, en otro momento, lo negativo de su positividad. Cito a Blankenburg (1981): «El acceso al esquizofrénico es muy difícil si no nos identificamos, aunque sólo sea parcialmente, con lo que le pasa, sin que nos preguntemos el "contra qué" se está dirigiendo esa conducta o esa vivencia que nosotros experimentamos, en un primer momento del contacto con el paciente, como una nueva forma de estar en el mundo; en suma, si no nos preguntamos por la positividad de lo negativo no encontraremos el adecuado acceso a él...» (p. 57). Junto con rescatar lo positivo, por ejemplo, en el esquizofrénico su sensibilidad, su capacidad de percibir aspectos de la realidad que escapan al vulgo, su extrema autenticidad, etc., el punto de partida dialéctico permite estimar en su verdadera dimensión el otro elemento que configura cualquier cambio psicótico o descompensación neurótica o psicopática, cual es la situación desencadenante, o dicho en términos hegelianos: *Das Aufheben* en su triple significado de terminar con algo, conservar lo mejor de ello y asumir la tarea de superar el cambio. Y así aparece como un error el expresar ciertas características psicopatológicas en dimensiones más o menos absolutas, v. gr., debilidad del Yo, de tal o cual intensidad, o detención en el desarrollo psicosexual más o menos profundo. En cada caso habrá que determinar en qué medida la crisis tiene que ver más bien con la capacidad «explosiva» de la tarea asumida, lo que puede tener importancia para la profilaxis de nuevas crisis en el sentido de evitarle al paciente tareas que pudieran romper la fragilidad de su estructura.

En resumen, desde la fenomenología se podrían sugerir urgentes cambios en los conceptos de normalidad y anormalidad, los que van a permitir no sólo ser más fieles a la realidad, sino también una comprensión más profunda de los complejos fenómenos psicopatológicos y no en último término un cambio radical en la capacidad terapéutica del psiquiatra al hacersele mucho más fácil establecer la alianza con el paciente, si se siente éste no sólo comprendido, sino estimulado a un desarrollo de positivities, que la sociedad

ha visto hasta ahora sólo como negativas. Los puntos a tomar en cuenta son los siguientes:

1. Los fenómenos psicopatológicos no deberán ser vistos como meras deficiencias con respecto a una normalidad término medio. Más fecundo parece el punto de partida de buscar «la positividad de lo negativo» (Blankenburg, 1981).
2. El caso de los genios (Kierkegaard, Rilke) nos demuestra que en la perspectiva histórica global, lo que en un momento dado se pudo haber considerado síntoma, y por ello anormal, puede significar la base de un desarrollo hacia las formas superiores del espíritu y, por ende, hacia la normalidad en el sentido más propio del término (Dörr, 2001).
3. La existencia no sólo de la positividad de lo negativo, sino también de la negatividad de lo positivo (caso de las normopatías) sugiere fuertemente la conveniencia de aplicar el método dialéctico en la psicopatología. Al margen de unidades nosológicas y de distinciones tajantes como sano-enfermo, normal-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. Paradigmático ejemplo de ello es la polaridad manía-depresión y el hecho de que la principal causa desencadenante de manía sean dolores intolerables o situaciones de presión que sólo podrían conducir al suicidio. Dicho con otras palabras, el maniaco hace su euforia en contra de la depresión, y a la inversa, el depresivo hace su distimia en contra de la euforia. No deja de llamar la atención el que la mayor parte de las situaciones desencadenantes de melancolías serían causa de alegría y no de tristeza para una persona corriente: cambio a una casa mejor, nacimiento de un hijo esperado, matrimonio feliz de una hija, ascenso en el trabajo, viaje al extranjero, etc. El porqué el depresivo no se permite la alegría y ante situaciones que lo pudieran empujar a ello, reacciona con una depresión, es un tema de la mayor importancia, pero sobre el cual no nos podremos extender ahora. Sólo diremos, a modo de fórmula, que ello tiene que ver con su particular estructura de la conciencia moral.

Siempre se ha visto lo negativo de la histeria, hasta el punto de que hoy por hoy el vocablo es casi un insulto. Si nos acercamos a estos seres sin prejuicios y desde la perspectiva dialéctica antes expuesta resulta que los rasgos histéricos se nos aparecen en toda su positividad (Blankenburg, 1974). Ya no es la desviación con respecto a una presunta

norma, ni siquiera el resultado de determinados mecanismos de defensa «neuróticos», sino la búsqueda de un modo de ser que evite la congelación del proyecto vital en patrones rígidos de conducta, en sobre-identificaciones con muy escasos roles, cuya sola imposibilidad de realizarlos, por circunstancias ajenas a la voluntad, puede sumir al sujeto en el abismo, como ocurre con los depresivos, que conforman en cuanto a modo de ser, como vimos, una polaridad con respecto a la histeria. Esta búsqueda de libertad en relación con la asunción de roles, propia del histérico en su huida de la cosificación que tiene lugar en la melancolía, es sólo una de las positivities que se pueden encontrar en él. Otra sería la que se nos muestra al contemplar desprejuiciadamente la otra polaridad: histeria-obsesividad. Mientras el obsesivo vive «hacia adentro», atormentado por sus pulsiones sexuales y agresivas, preocupado de cada uno de los movimientos internos de su cuerpo, afanoso de establecer en su entorno inmediato ese orden del que carece su interioridad caótica, el histérico se vuelca hacia el mundo y hacia los otros. No siente su cuerpo interno ni es atormentado por los instintos, por lo demás débiles, su vida acontece en el ser-mirado o ad-mirado, dejándose mirar, vale decir, en la superficie; vive en la espontaneidad, rompe todos los órdenes, maneja a su amaño las relaciones interpersonales, y ¡cómo son amados por sus parejas! Nunca he visto amores más incondicionales que los de las parejas de personalidades histéricas. ¿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, que su teatro permanente que tanto le reprochara Jaspers (1959, p. 370) es sólo una versión algo más acentuada de ese juego de roles que es la vida, el mismo juego que hiciera dudar a Calderón de si «la vida es sueño»? Resulta entonces que la histeria es la vertiente positiva de la obsesividad y, a la inversa, el obsesivo lo es también con respecto a la histeria. Porque podrá ser todo lo «anal» que se quiera el obsesivo, pero qué capacidad de trabajo, de perseverancia, qué fuerza instintiva. ¡Cuántos conductores del género humano han sido grandes obsesivos, llenos de contradicciones sí, pero qué creadores! Recordemos el caso del filósofo Soeren Kierkegaard, cómo se atormentaba él con las estrictas normas morales que le infundiera su rígido padre en la infancia, cómo cada decisión lo hacía sudar, cómo la sola posibilidad remota de un pecado lo hacía echar pie atrás en su noviazgo con la dulce Regina, aunque era el único ser a quien fuera capaz de amar. Y, 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 pensamiento 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 (Dörr, 1998). Ergo: el remedio para la histeria sería un poco de obsesividad y para los obsesivos una dosis de histeria. Santa Teresa fue una gran histérica e Ignacio de Loyola un gran obsesivo. En los éxtasis de la primera y en las obras (en particular los Ejercicios) del segundo encontramos las huellas inconfundibles de estas dos estructuras psicopatológicas. ¿Y los llamaríamos «personalidades anormales» o «límitrofes» o «psicópatas»?

Pero nosotros debemos enfrentar a muchos pacientes con los más diversos rasgos anormales, que a veces configuran algunas de estas conocidas estructuras de personalidad, por las que sufren o hacen sufrir, como decía K. Schneider (1962). Y sería muy importante que aprendiéramos a desprendernos de los prejuicios o de los juicios de valor y pusiéramos más atención hacia el lado positivo que hacia el negativo, porque la personalidad es histórica y mantiene, por cierto, la identidad, pero a través del cambio y este permanente juego entre sí mismo y rol sólo termina con la muerte, cuando ambos vuelven a ser uno, como ocurre con los objetos inanimados. Y por «psicopática» que sea la personalidad, siempre hay posibilidades de algún cambio, ya sea por golpes de fortuna, por amores que remecen profundamente, por conversiones religiosas o por violentos encuentros con Dios, como le ocurriera al fanático (¿psicópata?) de Saulo de Tarso, camino de Damasco. Y estos cambios deben ocurrir en el sentido de la polaridad contraria. En el caso de la estructura histérica, hacia la obsesiva, en el caso de la estructura esquizofrénica, hacia la depresiva (Dörr, 1972). Lo depresivo le puede dar al esquizoide su excelente manejo del sentido común y de las relaciones interpersonales. Y a la inversa, a la personalidad pre-depresiva o *typus melancholicus*, con su casi irritante virtuosidad, con esa rigidez en el cumplimiento de normas y deberes, con ese casi inhumano olvidarse de sí mismo, ¿no le haría bien un poco de vuelo metafísico y de libertad ante normas y valores, tan propio del esquizoide y en cierto modo también del histérico, emparentados ambos desde el punto de vista estructural, como tan tempranamente lo sostuviera C. G. Jung (1907, 1971)?

En las personalidades anormales y/o trastornos de personalidad, y a diferencia de las psicosis declaradas, sean éstas orgánicas o endógenas, el grado de forzosidad de sus manifestaciones nunca es total, o, dicho en otras palabras, ellos conservan siempre un grado importante de libertad, a la cual deberá recurrir el psiquiatra en sus afanes modificadores. Pero será siempre un error el orientar al paciente a una mera adaptación a ese inexistente «término medio». Por el contrario, deberá resaltarse toda la positividad de sus rasgos pretendidamente anormales, pero de tal manera que se le haga claro el camino a recorrer en la dirección contraria, hacia su polo opuesto, que no le es tan ajeno, porque de algún modo arrancó antes de él; de algún modo está todavía en él. Y entonces esperar que los pasos madurativos lo vayan acercando más y más al centro de la polaridad, a la medida, al *metron* o norma griega, sin jamás perder la esperanza, porque como dice la vieja sabiduría de Heráclito:

«(A la larga) lo frío se calienta, lo caliente se enfría, lo húmedo se seca y lo seco se humedece» (Fragmento núm. 126).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3.^a ed. Washington: APA, 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3.^a ed. rev. Washington: APA, 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders DSM-IV-TR. Washington: APA, 2000.
- Bateson G. Interacción familiar: aportes fundamentales sobre teoría y técnica. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1971; p. 19-56.
- Berrios GE. What is phenomenology? *Journal of the Royal Society of Medicine* 1989;82:425-8.
- Binswanger L. Das Raumproblem in der Psychopathologie, 1932. En: *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, Band II*. Bern: Francke Verlag, 1955.
- Binswanger L. Drei Formen missglückten Daseins: Verstiegtheit, Verschrobenheit und Manieriertheit. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 1956.
- Binswanger L. Schizophrenie. Pfullingen: Neske Verlag, 1957.
- Blankenburg W. Aus dem phänomenologischen Erfahrungsfeld innerhalb der Psychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 1962;90:412-21.
- Blankenburg W. Hysterie in anthropologischer Sicht. *Praxis in der Psychotherapie* 1974;19:262-73.
- Blankenburg W. Wie weit reicht die dialektische Betrachtungsweise in der Psychiatrie? *Z F Psych Psychoter* 1981;29(Heft 1):45-66.
- Blankenburg W. A dialectical conception of anthropological proportions. En: Koning AJJ, Jenner FA, editores. *Phenomenology and Psychiatry*. London-Toronto-Sydney: Academic Press; New York-San Francisco: Grune and Stratton, 1982.
- Bleuler E. Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. En: Aschaffenburg B, editor. *Handbuch der Psychiatrie*. Hrsg. v. Band IV. Leipzig and Wien: Deuticke Verlag, 1911.
- Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1916. Neubearbeitet von Manfred Bleuler. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 1975.
- Dörr O. En torno a una perspectiva existencial en la psicoterapia. *Rev Chil Neuropsiquiat* 1972;11:47-55.
- Dörr O. Perspectiva fenomenológica de los trastornos de personalidad. *Rev Psiquiatría* 1986;3:117-127.
- Dörr O. Hacia una concepción dialéctica en psicopatología. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1990;18:244-57.
- Dörr O. Hermenéutica, dialéctica y psiquiatría. *Rev Chil Neuropsiquiat* 1992;30:178-88.
- Dörr O. Personalidad y enfermedades afectivas. *Rev Chil Neuropsiquiat* 1994;32:268-78.
- Dörr O. Personalidad normal y anormal. En: Heerlein A, editor. *Personalidad y psicopatología*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, 1997.
- Dörr O. La superación de la neurosis por la genialidad: el caso Sören Kierkegaard. *Folia Psiquiátrica* 1998;4:57-268.
- Dörr O. Das psychische Leiden des Genies: Der Fall Rainer Maria Rilke. En: Jacobi RM, Claussen PC, Wolf P (Hrsg.), editores. *Die Wahrheit der Begegnung (Festschrift für Dieter Janz)*. Würzburg: Königshausen and Neumann, 2001.
- Flashar H. Melancholie und Melancholiker in den medizinischen Theorien der Antike. Berlin: Walter de Gruyter and Co, 1966.
- Frances AJ, Clarkin J, Gilmore M, Hurt S, Brown, S. Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 1984;42:591-6.
- Goethe JW. Aphorismen und Fragmente. En: *Naturwissenschaftliche Schriften II*. Zürich und Stuttgart: Artemis Verlag S, 1966; p. 703-23.
- Goethe JW. Sprüche in Prosa (Nr. 172). En: *Naturwissenschaftliche Schriften II*. Zürich und Stuttgart: Artemis Verlag S, 1966; p. 687.
- Hegel GWF. *Sämtliche Werke, Band IV, Jubiläumsausgabe* (Hrsg. Von Glockner, H.). Stuttgart: Frommans, 1958; p. 50-4.

- Heidegger M. *Sein und Zeit* (1927). Tübingen: Niemeyer, 10. Auflage, 1963.
- Heráclito Fragmentos. En: *Textos de los grandes filósofos de la Edad Antigua*. Verneaux, R. Barcelona: Herder, 1977.
- Husserl E. *Phänomenologische Psychologie*. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1962; p. 237.
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin. Göttingen. Heidelberg: Springer-Verlag, 1959.
- Jaspers K. Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. En: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer, S. 314-28.
- Jung CG. *Dementia Praecox und Hysterie* (1907). En: *Psychogenese der Geisteskrankheiten*. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter-Verlag, 1971.
- Kraus A. *Sozialverhalten und Psychose Manischdepressiver*. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1977.
- Kraus A. Aspectos rol-teóricos de las psicosis endógenas. *Rev Chil Neuropsiquiat* 1984;22:173-9.
- Kraus A. Comparación fenomenológica entre la estructura de la histeria y de la melancolía. En: Barcia D, editor. *Psiquiatría antropológica*. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad, 1987; p. 71-88.
- Kraus A. Methodological problems with the classification of personality disorders: the significance of existential types. *Journal of Personality Disorders* 1991;5:82-92.
- Kraepelin E. *Einführung in die Psychiatrie*. Leipzig: Barth Verlag, 1916.
- Kretschmer E. *Körperbau und Charakter*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag, 1965.
- Livesley WJ. The classification of personality disorder: I. The choice of category concept. *Canadian Journal of Psychiatry* 1985;30:353-6.
- Nurnberg. The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R Axis II personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 1991;148:1371-7.
- Riemann F. *Grundformen der Angst* (1958). Münche-Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2. Auflage, 1965.
- Sartre JP. *L'être et le néant*. Paris: Gallimard, 1943.
- Sartre JP. *El ser y la nada*. Buenos Aires: Losada, 1966.
- Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1962.
- Schwartz MA, Wiggins OP. Typifications. The First Step for Clinical Diagnosis in Psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1987;175:65-77.
- Schwartz MA, Wiggins OP. Diagnosis and ideal types: a contribution to psychiatric classification. *Comprehensive Psychiatry* 1987;28: 277-91.
- Schwartz MA, Wiggins OP, Norko MA. Prototypes, ideal types and personality disorders: the return to classical phenomenology. En: Livesley, editor. *The DSM-IV Personality Disorders*. New York-London: The Guilford Press, 1995.
- Tellenbach H. *Melancholie*, 1961. Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer-Verlag, 4. Auflage, 1983.
- Weber M. *The protestant ethic and the spirit of capitalism* (translated by T. Parsons). New York: Scribner's, 1958.
- Wiggins OP, Schwartz MA, Spitzer M. Phenomenological/descriptive psychiatry: the methods of Edmund Husserl and Karl Jaspers. En: Mundt C, editor. *Phenomenology, Language and Schizophrenia*. New York: Springer, 1992.
- Wiggins OP, Schwartz MA. Edmund Husserl's Influence on Karl Jaspers' Phenomenology. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 1997; 4:15-36.
- Wildiger TA, Sanderson CJ, Warner L. The MMPI, prototypal typology, and borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment* 1986;50:540-53.
- Zimmermann M, Coryell W. Diagnosing personality disorders in the community: a comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry* 1990;47:527-31.