

Reflexions sobre una psicopatologia de la por

Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXVIII/2. Monogràfic La Por

Antoni Talar¹
Barcelona

Partint de la idea de la universalitat de l'emoció de la por i de les seves definicions, ens plantejem si és possible l'elaboració d'una autèntica psicopatologia de la por. Davant la dificultat conceptual que trobem en aquest tema, elaborem una diferenciació entre els conceptes de por, ansietat i fòbia. A partir de les seves diferències es revisen les classificacions actuals i s'efectua una proposta de classificació més coherent. Es revisen, doncs, les clíniques de la por patològica en una tipologia ad hoc: (1) pors fòbiques; (2) la por en la psicosi; (3) la por obsessiva; (4) la por en el caràcter; i (5) l'absència de por. Acabem el treball amb unes reflexions sobre les pors socials, les quals semblen funcionar, en algun cas, com les individuals, és a dir, de mode desplaçat.

Paraules clau: ansietat, fòbia, hipofòbia, inductor de la por, pànic, psicopatologia de la por

1. Professor Titular de la Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. E-mail: atalarn@ub.edu

“Tous les hommes ont peur. Celui qui n’a pas peur n’est pas normal; ça n’a rien à voir avec le courage”

J.P. Sartre, 1945

Introducció: por, pànic, ansietat i fòbia

Totes les persones tenen por. La por, una emoció fosca i profunda, sorgeix, com assenyala Ferrero, només de néixer (Ferrero, 2009). Però a diferència d’altres emocions més elaborades, aquesta no és exclusiva de l’èsser humà. La vivència de la por és present en la majoria de les espècies animals. Això no obstant, i per a desgràcia nostra, no compartim amb la resta d’animals una regulació adequada de la mateixa. En efecte, l’humà, en la seva distingida - i tants cops mal utilitzada - capacitat intel·lectual, pot reaccionar amb por no sols en aquelles situacions reals que objectivament la provoquen, sinó també en moltes altres de caràcter imaginari o inexistents. Per aquesta raó, en certes ocasions, el valor adaptatiu de la por es perd pels efectes de la desbocada fantasia humana i aquesta emoció es converteix en una nosa de difícil digestió.

El Diccionari de la Llengua Catalana (de l’Institut d’Estudis Catalans) recull aquests matisos i indica que s’entén per por el "torbament de l'ànim, especialment sobtós i fort, en presència d'un perill real o imaginari" La segona accepció indica, de mode suplementari: "Aprensió que hom té que s’esdevingui alguna cosa contrària a allò que desitja".

En opinió nostra, aquestes definicions, que combinen allò real amb allò imaginari, han donat lloc a les més diverses i, de vegades, peregrines qüestions. Un cop d’ull superficial a qualsevol biblioteca ens mostra que, si més no teòricament, es pot tenir por als aspectes de la vida més diversos. Així, al cantó de les conegudes pors a volar, als animals, a fosca, a la sang, a la mort i d’altres, trobem textos que ens parlen de la por a la llibertat (Fromm, 1941); a la memòria (Alberola i Villagrana, 2008); a la modernitat (Mernissi, 2007); a la democràcia (Chomsky, 2001); a la raó (Tierno, 1986); a l’any 2000 (Kubnik, 1980); al coneixement (Boghossian, 2009), etc., etc.

Davant aquest embolic conceptual es podria arribar a una conclusió òbvia: no tenim una clarificació adequada del concepte *por*. Però aquesta deducció és falsa. Ja fa anys que Freud va deixar establerta la diferència entre la *por* i l’*angoixa* (o ansietat):

L’angoixa té un lligam inequívoc amb l’*expectativa*; és angoixa *davant* alguna cosa. Porta adherit un caràcter d’*indeterminació i absència d’objecte*; i fins i tot l’ús lingüístic correcte li canvia el nom quan ha

trobat un objecte, i el substitueix pel de por. (...) Perill realista és un del qual prenem nota, i angoixa realista és la que sentim davant un perill notori d'aquesta mena. L'angoixa neuròtica ho és davant un perill del qual no tenim notícia (Freud, 1926).

V. Hernández (2008) insisteix en el tema i aporta claredat quan assenyala:

La por del fòbic neuròtic a l'ascensor està relacionada amb la por conscient de morir-se, però és una ansietat (en el sentit psicopatològic d'una por sense objecte conegut) perquè el seu objecte és més inconscient del que sembla i perquè la seva intensitat i el seu caràcter paralitzant són indicadors externs (manifestos i visibles) que amaguen un significat autobiogràfic més inconscient i més profund que la por a la mort... (Hernández, 2008)

Així i tot, malgrat aquestes distincions, que permetrien desagermanar la *por* de l'*ansietat* - deixant una i altra emoció amb un cert parentiu amb la vivència fòbica - la discussió conceptual i el mal ús de tots aquests termes ha continuat fins a l'actualitat. Així, per a alguns autors *ansietat* i *por* són isomorfs (Beck i Emery, 2005; Wolpe, 1987), mentre que per a molts altres són conceptes diferents (Barlow, 2002; Sylvers, 2011).

La discussió no és banal. Sense una adequada definició dels termes, és molt difícil fer investigació realment fiable i poden malinterpretar-se resultats derivats ja sigui de la pròpia experimentació, dels instruments de mesura, de l'observació directa o fins i tot dels mateixos processos terapèutics.

Per posar només un exemple, els investigadors que tracten de dilucidar les raons de la suposada falta de *por* en la psicopatia (Lykken, 1995) veuen qüestionats els seus resultats en fer servir mesures i proves que altres científics consideren més pròximes a l'*ansietat* que a la *por* (Poythress et al., 2008).

Al seu torn, aquesta situació comporta problemes en la pràctica clínica, o si més no, en certa clínica. N'hi ha prou d'observar l'autèntic desgavell en què consisteix el diagnòstic dels *trastorns d'ansietat* en els actuals manuals de diagnòstic psicopatològic CIE 10 (WHO, 1992) o DSM IV TR (APA, 2000). Com és possible, a dia d'avui, mantenir que sota un mateix epígraf convisquin trastorns tan diferents com el *trastorn de pànic*, el *trastorn obsessiu compulsiu* o les *fòbies simples*?, per esmentar-ne només alguns.

No és d'estranyar que investigadors eminents, tant de la psicologia (Barlow et al., 1996; Gray, 1991) com de les neurociències (vegi's Sylvers, 2011, per a una revisió recent) hagin tractat de dilucidar, almenys, entre els conceptes d'*ansietat* i *por*. En la nostra opinió les seves idees i resultats són molt aclaridors. No obstant, tal com va ocórrer amb la primerenca diferenciació establerta per Freud, sembla que una part de la comunitat científica ha fet cas omís de tals consideracions.

Tipus d'emoció / Variable	Por	Ansietat	Fòbia
Disparador de resposta	Davant el perill present	Davant la possibilitat o el record del perill o risc	Davant el present, la possibilitat o el record del perill o risc
Regulació	Reflexa, automàtica i adaptada	No reflexa, inadaptada	Reflexa davant l'estímul, inadaptada
Resposta fisiològica	Activació vegetativa. Percepció del dolor disminuïda	Activació vegetativa crònica. Percepció del dolor augmentada	Activació vegetativa
Resposta psicològica	Fugida i/o afrontament	Respostes d'evitació. Alteracions cognitives i/o conductuals. Estat d'ànim alterat. Preocupacions sobre el futur. Sensació d'impossibilitat de controlar el futur	Respostes d'evitació. Fugida i/o afrontament. Sentiment d'irracionalitat. Baixa autoestima
Estímul provocador	Concret, real i perillós	Difús, subjectivament perillós. De vegades inexistent	Concret (excepte en alguns casos) i subjectivament perillós
Tipus de resposta	Reactiva i transitòria	Generalitzada i duradora	Reactiva i transitòria
Extinció de resposta per habituació	Possible	Escassa	Escassa
Resposta dels altres	Compartida	No compartida	No compartida

Taula 1. Síntesi de les semblances i diferències entre por, ansietat i fòbia (elaborada a partir de Barlow et al., 1996; Sylvers, 2011; Talam, 2000).

D'acord amb aquests autors, la *por* - o el *pànic* - són emocions molt bàsiques, sens dubte programades filogenèticament, que involucren l'activació de la resposta d'atac o fugida, mentre que l'*ansietat* és una emoció més complexa i difosa. A risc de resultar excessivament simples per al lector professional, ens atrevim a presentar la taula adjunta per sintetitzar aquestes diferències.

És possible establir una psicopatologia de la por? Un assaig de proposta

Essent estrictes - tal vegada en excés -, no podríem parlar d'una *psicopatologia de la por*, en la mesura que aquesta emoció apareix davant un perill objectiu, concret i real; "*davant un perill concret que la justifica*" (Álvarez, Esteban i Sauvagnat, 2004). Com se sap des de fa temps gràcies als etòlegs, la por és una resposta adaptativa, programada genèticament, que ens adverteix del perill i, per tant, ens pot protegir. Davant un estímul de gran perill, no hi cabria una resposta psicopatològica de por, com no fos l'absència de la por mateixa.

Però, per altra banda, i com és obvi, hi ha diferències interpersonals enormes en l'avaluació del que és considerat objectivament perillós. Una prova més del fet que la genètica no ho determina tot en l'ésser humà, com n'hi ha tants que ens ho volen fer creure a l'actualitat. En altres paraules, la percepció del perill és subjectiva, és una construcció cognitiva substancialment influïda per les característiques de la personalitat, les experiències prèvies, les habilitats adquirides i altres variables individuals².

Es fa necessari, aleshores, valorar la possibilitat de parlar d'una *psicopatologia de la por*, assumint que això és possible en tant que la *por* deixa de ser *por* per passar a ser *pànic* o *fòbia*. És a dir, en tant que sobre la resposta de por incideix de manera molt notable un factor subjectiu que fa que aquesta es presenti amb una intensitat, freqüència i durada exagerades i/o davant estímuls d'escassa o nul·la intensitat. L'*ansietat*, tal com ja apuntava Freud, quedaria definida com la resposta emocional davant "*un temor inexplicable*" (Vallejo-Nagera, 1981) i per tant seria obligat de considerar-la en un capítol diferent al de la *por*. McNally (1994) ha distingit fins i tot entre *pànic* i *por fòbica*, ja que el focus d'aprensió seria intern en el primer i extern en la segona.

2. Ens veiem, un cop més, enfrontats a l'etern dilema de la psicopatologia, en la mesura que aquesta tracta de ser objectiva, rigorosa i universal en les seves definicions, mentre que el seu objectiu d'estudi defuig aquestes pretensions.

Aquests matisos permetrien una millor articulació de les classificacions psicopatològiques. Lligant amb el que uns altres autors (Krueger, 1999; Oei, Gross i Evans, 1989; Watson, 2005) proposen des de fa temps per solucionar el calaix de sastre dels anomenats *trastorns d'ansietat*, la nostra proposta seria la següent: agrupar en una categoria que podria anomenar-se *Trastorns de la por* les entitats clíniques següents: *Trastorn de pànic; Agorafòbia; Fòbia social i Fòbia específica*. Uns altres trastorns agrupats actualment en l'epígraf de *Trastorns d'ansietat* (APA, 2000; WHO, 1992), com el *Trastorn d'ansietat generalitzada*, el *Trastorn obsessiu compulsiu*, el *Trastorn per estrès agut* o el *Trastorn per estrès posttraumàtic*, s'haurien de recol·locar en d'altres categories; tema que seria objecte d'una discussió que excedeix el marc d'aquest treball.

La proposta coincideix, només en part, amb el previst de cara a l'edició de DSM V³, on tot apunta que es tornaran a cometre alguns errors ja presents en les edicions anteriors, com el fet de mantenir sota la mateixa categoria els trastorns posttraumàtics, les fòbies i el trastorn d'ansietat generalitzada, per esmentar-ne sols alguns exemples.

Aquesta proposta creiem que té dos avantatges: (A) separa els *trastorns d'ansietat* - pròpiament dita - d'aquells en què predomina la *por*, ja sigui en la forma més habitual (*fòbies*) o en la forma descontrolada (*pànic*); i (B) obvia la categoria d'*agorafòbia sense història de trastorn de pànic*, molt polèmica quant a la definició, prevalença i rellevància clínica (Andrews i Slade, 2002; Kessler et al., 2010).

No acabaria aquí, així i tot, l'estudi de la *por patològica*. Si donem per bona la definició ampliada de 'por', tal com ho hem assumit en paràgrafs anteriors, hi hauria la possibilitat d'efectuar-ne un estudi semiològic en moltes altres condicions psicopatològiques en què aquesta ocupa un lloc molt preponderant.

Així, es poden considerar les entitats clíniques següents, en aquest estudi de la *por* (la classificació és nostra i s'ofereix tan sols per facilitar l'exposició):

1. *Por de tipus fòbic*: en el trastorn de pànic, en el trastorn per estrès posttraumàtic i en les fòbies (en les seves diverses variants i incloent-hi l'aversion al sexe).
2. *Por de tipus psicòtic*: en l'esquizofrènia, la paranoia i altres condicions.
3. *Por de tipus obsessiu*: en el trastorn obsessiu i en la hipocondria.

3. Vegi's:

<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/AnxietyDisorders.aspx>

4. *La por en el caràcter*: en els trastorns de la personalitat per evitació, per dependència i límit.
5. *La por absent*: hipofòbia i psicopatia.

1. Les pors fòbiques

Com ja hem comentat anteriorment, la por pot ser una resposta adaptativa molt necessària per a la supervivència de l'organisme. És coneguda de fa temps (Seligman, 1971) l'existència d'una sèrie de "*pors preparades*" l'acció de les quals tindria un elevat valor per a la preservació de l'espècie i que tindrien un aprenentatge molt ràpid. Així, la por a les aranyes, a la foscor, a les altures, als animals petits o als espais tancats, per posar-ne sols uns exemples, serien pors de molt fàcil adquisició (i difícils d'extingir), que provenen de la nostra herència filogenètica, vist el perill que representarien unes tals situacions per a la supervivència de la nostra espècie. Com diu Hernández (2008), hi ha *por a la mort* en certes fòbies - per exemple, en la fòbia de l'ascensor, ja esmentada - i aquesta és una por amb un clar component conscient i *preparat*, segons l'etologia.

Creiem que és interessant tenir en compte aquestes aportacions i que no sempre les *fòbies específiques* han de considerar-se realment un trastorn psicopatològic sorgit a partir d'una conflictiva intrapsíquica o de caràcter neuròtic. La clínica ens pot mostrar casos en què aquestes fòbies segueixen el model establert per Freud, és a dir, en què resulten aplicables conceptes com *repressió*, *desplaçament* o *simbolisme*; i alguns altres en què no és possible advertir-hi una tal dinàmica com a sustentadora de la resposta fòbica.

El *trastorn per aversió al sexe* pot tenir moltes variants i subtipus que fan variar considerablement la seva rellevància clínica. Tot i que sol tenir-se per un subtipus particular de *fòbia específica*, el cert és que en les seves presentacions severes el clínic sol advertir-hi conflictives intra i interpersonalment més extenses que les d'una simple fòbia. En l'*aversió al sexe* s'hi sol trobar el *fàstic*: una altra de les grans emocions oblidades per la psicologia i la psicopatologia (Phillips et al., 1998), de vegades pròxima a la *por* (ja que històricament és una conducta adaptativa i preparada filogenèticament) i que també fa acte de presència en el trastorn obsessiu. Queda pendent una *psicopatologia del fàstic* (Sandin et al., 2008).

Les *fòbies socials* solen ser molt més elaborades des d'un punt de vista cognitiu i emocional que les *fòbies específiques*. L'exposició pública d'un mateix comporta, gairebé inevitablement, uns certs components ansiògens que no són presents quan el subjecte no se sent observat. És a dir, un cert nivell d'ansietat social seria esperable en la majoria de les persones. Parlariem de *fòbia social* quan aquest nivell de malestar excedeix la capacitat d'autorregulació de l'individu i quan la seva presència i intensitat impedeixen

l'adequada execució de les funcions socials que la persona desitja portar a terme (com per exemple fer una classe, plantejar una pregunta, parlar en grup, etc.).

En la nostra opinió un element que sembla ser crucial en aquest tipus de por, des del punt de vista dinàmic, fa referència al narcisisme. Aquestes persones amb *fòbia social* solen sentir, de forma molt intensa, que la seva autoestima - i el seu valor personal per als altres - estan en joc al cent per cent en la seva execució pública i en funció de l'èxit o el fracàs, avaluats sense matisos, d'aquesta execució.

D'entre totes les fòbies, la més rellevant clínicament és sens dubte l'*agorafòbia* (Hackmann, 2007). Altament invalidant si assoleix cotes elevades de gravetat, sol acumular un bon nombre de temors que van des dels més concrets (por als espais tancats i/o oberts, a les aglomeracions, etc.) als més dispersos (por a no trobar-se bé, sensació d'incomoditat i d'altres). La seva relació amb els atacs de pànic és indefugible i els seus efectes globals sobre qui la pateix poden ser enormes (a nivell familiar, laboral, etc.). En aquest sentit es fa necessari analitzar quin és el benefici secundari que l'agorafòbic obté de la seva actitud. De fet, considerem que el polimorfisme del quadre permetria parlar més de síndrome agorafòbica que d'agorafòbia com a tal (Roth, 1996). Es pot plantejar si aquestes persones han patit estils d'*afecte ansiós* en les seves relacions primordials, tal com va assenyalar Bolwby (1973), o bé *ansietat de separació* en la infància (Silove, Manicavasagar, Curtis i Blaszczynski (1996).

Pel que fa als *atacs de pànic*, se sap que generen la, per altra banda molt comprensible, *por a la por*. La persona que ha patit la seva primera crisi d'angoixa tem que es presenti la següent, malgrat la seguretat, en relació a la seva salut física i mental (por d'embogir), que han tractar de donar-li aquells que l'atenen. Crida l'atenció el fet, quasi universal, que el pacient sol estar *cec* davant les circumstàncies vitals que envolten aquestes primeres crisis. Sorpren - és un dir - com pacients immersos en clares i rotundes situacions de pèrdua, conflicte i altres, no relacionen aquestes vivències amb l'episodi angoixant⁴. Exactament, com si haguessin interioritzat del tot el discurs mèdic-psiquiàtric sobre l'arrel exclusivament biològica d'aquests episodis. Només un adequat treball psicoterapèutic pot ajudar aquest tipus de pacient en l'elaboració dels seus conflictes, evitant-li de quedar enganxat a la medicació durant molt de temps i augmentant la seva visió i comprensió de les dificultats personals que l'atabalen.

4. Vegi's Gabbard (2000) per a un resum de la multitud de factors etiològics possibles en aquest tipus de trastorn.

En el *trastorn per estrès posttraumàtic*, els símptomes associats a la por poden revestir característiques fòbiques (d'evitació de certs estímuls associats amb el traumatisme) o fins i tot sumir el subjecte en estats de pànic paralitzant i terrorífic, si entra en un estat de reexperimentació intrusiva del trauma. En l'adult, la presència de conductes regressives, tendents a buscar la protecció, entre altres coses, pot resultar molt rellevant (Krystal, 1988).

2. La por en les psicosis

Qualsevol clínic és capaç de percebre la diferència entre el sofriment mental de l'esquizofrènic i el dels altres tipus de pacients. La de l'esquizofrènic sol ser una por terrorífica, com es pot veure a través dels seus dibuixos, els escrits, els deliris i altres produccions de la seva ment. En certs moments, propis de determinats pacients, poden semblar escenes d'un crueltat inimaginable, com si es tractés de la pel·lícula *gore* més cruenta.

Qualsevol dels símptomes de *primer rang* descrits per Schneider (1959) - al·lucinacions, deliris de control, inserció del pensament, etc., etc. - és susceptible de provocar la por més atroç en el pacient esquizofrènic. I al seu torn, ell pateix per la pròpia salut mental i per la recidiva aguda del seu malestar. No hi ha escapatòria possible a la por, en l'esquizofrènia, ja que la invasió, temporal, d'allò extern per allò intern no pot menys que provocar terror. En aquest sentit, es podria dir que l'esquizofrènic experimenta, en certs casos, autèntica *por*; en l'ordre més restrictiu de la paraula (*pertorbació angoixosa de l'ànim per un risc o dany real*) ja que la pèrdua de la raó i la invasió d'allò extern per allò intern no són qüestions que el pacient visqui com a *imaginades*, sinó que són sentides com a molt reals i concretes; així doncs, com a tremendament perilloses. La frase "*jo ja me n'adono, que és una mica exagerat...*", que podríem sentir en boca del fòbic o de l'obsessiu, no té cabuda en els moments més àlgids de l'esquizofrènia.

I pel que fa al paranoic, s'ha de recordar que el deliri prototípic, i al qual acaben remetent tots els altres en última instància, és el de *persecució*. I encara que és ben conegut el valor restrictiu del deliri, aquest no sempre evita, ni fins i tot en la *megalomania*, la por profunda que tot paranoic pot arribar a experimentar en un moment determinat.

No cal recordar aquí les consideracions kleinianes i postkleinianes sobre les ansietats primitives i el seu paper en les psicosis franques. Més enllà de la teoria, la clínica ens mostra com el psicòtic experimenta, per moments, terror en les seves relacions amb els altres i com pot recórrer a l'aïllament social, de vegades de forma extrema, com un mitjà per contrarestar aquesta por.

Com suggereix Hernández (2008), s'ha de poder distingir entre un *sofriment amb esperança* i un *sofriment sense esperança*, així com entre un

sofriment que pugui *ser contingut* i un altre que tendeix a *desbordar-se incontinentment*. Només els pacients realment *tractats*, és a dir, atesos en una relació psicoterapèutica sòlida, llarga i contenidora, poden arribar a tolerar sense tant temor la seva simptomatologia psicòtica.

3. La por de tipus obsessiu

Què tracta de controlar, en realitat, l'obsessiu, quan verifica, neteja, comprova o repeteix? N'hi ha prou d'apropar-se a la ideació prèvia al ritual, tasca no sempre fàcil, per adonar-se que l'obsessiu es tem a si mateix. Per això no trobem mai ideacions obsessives de caràcter positiu. Totes apunten, d'una manera o altra, al dany, a la catàstrofe, al desastre i al dolor. La prova més evident d'això anterior apareix en les *obsessions fòbiques o fòbies d'impulsió*: aquelles en què la por sorgeix davant el possible, i per sort no executat mai, descontrol de certs impulsos del propi pacient (tirar-se d'una altura, apunyalar un nen, blasfemar a l'església, etc., etc.).

Davant un tal potencial destructiu, davant un tal sofriment mental, no és d'estranyar que l'obsessiu es vegi assetjat molt sovint per la depressió i els seus concomitants: aïllament social, inhibició, descens de l'autoestima i altres símptomes ansiosos.

Al clínic orientat psicodinàmicament no se li poden escapar aquestes consideracions i procurarà, si això és possible, abordar l'anàlisi de la por a la pròpia ràbia i agressivitat - en definitiva, la por als aspectes més inconscients d'un mateix - per ajudar aquest tipus de pacient. No estem d'acord amb la idea, molt estesa, que la psicoanàlisi no és útil per a aquest tipus de pacients. La teràpia dinàmica, utilitzada - simultàniament o no - amb la farmacologia, pot ser molt beneficiosa (Gabbard, 2001).

No hi ha dubte que existeix un cert vincle, almenys en certs comportaments, si bé no en tots (Ramos et al., 2008), entre la patologia obsessiva i la *hipocondria* (Abramowitz i Braddock, 2006). L'observació suggereix un mecanisme proper a la clínica obsessiva, en el qual la ideació seria la por a la malaltia i el ritual el fet d'acudir a la consulta mèdica. La majoria dels hipocondríacs solen tranquil·litzar-se en obtenir l'exclusió de la seva suposada malaltia, així com l'obsessiu obté una certa pau amb l'execució del seu ritual. Lamentablement per a un i altre, la tranquil·litat així aconseguida és efímera i, més tard o més d'hora, es torna a iniciar el cercle simptomàtic.

Però també és sabut que la hipocondria pot arribar a tenir característiques delirants. El pacient ja no es tranquil·litza aleshores amb les explicacions del metge; pensa, al contrari, que aquest l'enganya expressament. Aquest trastorn rep el nom de *psicosi hipocondríaca monosimptomàtica*, i el DSM IV (APA,

2000) no el classifica dins dels *trastorns somatomorfs*, sinó dins dels *delirants*.

En qualsevol cas resulta clar que la por a la malaltia i a la mort són molt presents en aquest tipus de pacient.

4. La por en el caràcter

Dins dels *trastorns de la personalitat*, no hi ha dubte que la por pot tenir la seva importància en diversos tipus d'alteracions. Un exemple clar seria el del *trastorn paranoide de la personalitat*, patró de relació amb els altres presidit per la desconfiança i la suspicàcia, filles predilectes de la por crònica.

Destacariem, tanmateix, la por que pot aparèixer en tres tipus de trastorns com són l'*evitatiu*, el *dependent* i el *límit*. Tot i que en aparença són molt diferents entre si pel que fa a la por, podem fer la hipòtesi de certes semblances, en el sentit que en els tres casos es podria parlar d'una *por de tipus relacional/fusional*, una por no present en la personalitat paranoide esmentada abans.

Entendríem per aquest tipus de por *aquella que sorgeix en la interacció amb els altres i que consisteix en un enorme temor al rebuig només comparable al desig que s'experimenta d'estar en relació amb l'altre*. O dit d'una altra manera: perquè es doni aquesta por és necessària la disposició i l'anhel d'estar en relació amb els altres i un cop satisfeta aquesta premissa el subjecte que ho desitja experimenta una gran por a ser rebutjat, humiliat o abandonat.

En el *trastorn de la personalitat per evitació*, per exemple, ens trobem amb persones que presenten un patró general d'inhibició social unida a una gran sensibilitat a la crítica o al rebuig. Es tracta de l'*actitud passiva* que Ey (1965) descriu com un dels components del *caràcter fòbic* i que els aproxima als grans tímids. Així i tot, en la immensa majoria dels casos l'evitatiu anhela relacionar-se i poder tranquil·litzar-se en les relacions amb els altres. Desitja establir relacions íntimes, però sempre que pugui assegurar-se una acceptació incondicional. En els casos més severs, podem trobar persones molt aïllades socialment. Difereixen, però, de l'*esquizoide* en tant que aquest últim amb prou feines experimenta desig de relació i fins i tot pot arribar a angoixar-se si aquesta es dona. Per la seva banda, l'*evitatiu* s'aclapara anticipant el rebuig o pensant que si entra en relació no sabrà com ha de comportar-se. Aquí la por sembla que diu: "*serà terrible, insuportable, sentir-me rebutjat...*".

En el *trastorn de la personalitat per dependència*, el que trobem és un temor enorme a la separació. Un cop establerta una relació significativa, generalment de parella col·lusiva, el pacient farà qualsevol cosa per tal de no

perdre-la. Llavors es poden sotmetre a humiliacions, abusos, sacrificis excessius i tolerar excessos per part d'aquells de qui depenen. Es mostraran passius, deixaran que els altres prenguin decisions per ells i rarament expressaran desacord o enuig. Qualsevol cosa serà acceptada per tal de no perdre l'objecte amb què desitgen fusionar-se. Com si una veu interior els cominés a mantenir el vincle a qualsevol preu: "*perquè sense ell/ella no puc viure, no sóc capaç de res, em sento inútil i perdut/da...*": vet aquí el contingut de la seva por.

En el *trastorn límit de la personalitat* aquest temor a la pèrdua i a l'abandonament també és preeminent. Així i tot, a diferència del dependent, el límit s'aterreix, al seu torn, pels seus propis desitjos fusionals, i davant el conflicte viscut sol reaccionar amb ambivalències relacionals molt grolleres. Pot passar, com sabem per experiència tots els terapeutes, de la idealització al menyspreu en un instant. I davant l'abandonament, real o imaginari, solen activar-se conductes regressives i impulsives molt rotundes, incloses les auto i heteroagressives. Les relacions, que el subjecte límit, com els anteriors, també desitja, són per aquest motiu altament inestables i problemàtiques. A la vida real, i a la transferència, s'instal·len a la velocitat de la llum en una suposada intimitat i apropament que, al cap de poc, sol aclaparar-los quasi claustrofòbica (Gabbard, 2000), i cauen en la desil·lusió i la ràbia més ferotge. En períodes molt estressants, o intoxicats, poden aparèixer ideacions paranoides, fenòmens dissociatius, explosions d'ira i tremendes descàrregues emocionals. Comparteix amb el *dependent* el temor a l'abandonament, però se'n diferencia en la mesura que el *dependent* se sol sotmetre, amansir-se, per dir-ho així: mentre que el *límit* fa tot el contrari: es rebel·la i lluita desesperadament.

En el *límit* es troba molt compromès el sentiment d'integritat i coherència del self. D'aquí que quan aquesta por a les relacions apareix, i sempre ho fa, el propi pacient ho pot posar amb paraules molt clares: "*No vull estar sol, no vull que em deixin, si em deixen és que no em volen perquè sóc dolent...*".

5. La por absent: hipofòbia o psicopatia

Tot i que el terme *hipofòbia* no és molt conegut, ja fa temps que fou encunyat pel cèlebre psiquiatra Isaac Marks (Marks i Nesse, 1994). Marks suggereix que hi ha persones amb una certa manca de resposta de por davant estímuls que necessàriament haurien de provocar-la i que tal característica de personalitat és desadaptativa i posa en perill l'individu en qüestió. Tots poden recordar el conte *En Joan sense por* del germans Grimm. To i que el relat versa, segons Bettelheim (1976), sobre la maduració sexual, pel que fa a la por la conclusió és clara: no podem viure sense por i en Joan desitja conèixer-la.

La versió moderna d'aquest personatge sense por la podem veure en els individus intoxicats per l'alcohol o algunes altres drogues (si bé no totes): ja que els seus nivells de prudència, percepció del perill i del risc es troben molt disminuïts, la seva conducta pot tenir conseqüències catastròfiques. El mateix podria dir-se referit als pacients en plena fase maníaca, que protegits, de vegades, per la seva omnipotència delirant, poden sofrir accidents o traumatismes. Quan la temeritat fa acte de presència, la vida i la integritat (pròpia i aliena) corren perill.

Al cantó dels suposats *hipofòbics* es podria situar els que Ferrero (2009) anomena *fobòmans*. Persones fascinades pel terror, que en són addictes, ja sigui com a víctimes o com a victimaris. Sens dubte, persones que es mouen entre el masoquisme i el sadisme amb una intensitat inusitada. Agressió en estat pur.

Quan s'esmenta el terme *psicopatia* es tendeix a pensar en el tipus de psicopatia antisocial francament egoista, delinqüent i perillosa. Però el cert és que des de fa temps hi ha descrita una àmplia tipologia de la psicopatia (Karpman, 1948; Millon i Everly, 1994). En tot cas, el que aquí ens interessa destacar és que el psicòpata, tant el més adaptat com el més antisocial, no té, entre altres coses, segons sembla, la sensació de por. O almenys això és el que s'acostuma a trobar en la literatura sobre el tema. Certament la seva aparença de conducta frega en moltes ocasions la temeritat o la gosadia; en les relacions interpersonals es poden mostrar arrogants i en la seva expressió afectiva s'evita el sentimentalisme, hi ha manca d'empatia i aparenten una gran fredor (Rodríguez, 2000). Poc espai per a la por, doncs.

Ara bé, un examen més detallat mostra com el psicòpata sol ser un gran *inductor de la por* en els altres. Ja sigui en la versió més tavernària (el cas del delinqüent o del criminal de guerra, per exemple) o en la versió més socialment d'èxit (com el d'alguns polítics o empresaris), el psicòpata *fa por*. És més, sembla gaudir de tal poder. Què hem de pensar, doncs, quan el personatge en qüestió sembla tenir com una de les seves activitats més preuades la inducció de la por? Quan és tan hàbil a detectar els punts febles de cadascú? (Wheeler, Book i Costello, 2009). Tal vegada no seria forassenyat pensar que el psicòpata *projecta* la seva por i la seva feblesa en tota víctima propiciatòria que trobi en el seu camí.

Si això fos així podríem assenyalar que, donat que allò projectat és sempre un assumpte propi del qual no es vol tenir notícia, en realitat el psicòpata se sent feble i per tant molt atemorit. De la mateixa manera que la teoria psicoanalítica refuta la vella noció que al psicòpata li manca el *superjò* (Freud, 1916) i assenyala el seu caràcter primitiu (Coderch, 1979) o lacunar (Gabbard, 2000), la mateixa teoria ens indica que en realitat el psicòpata està inconscientment, però ferotgement, dominat per la por i els sentiments de fragilitat.

Lògic, d'acord amb les funestes vivències infantils i juvenils - visibles o no - experimentades per aquest tipus de persones en la dinàmica familiar. Tant la literatura més clàssica (vegi's Coderch, 1979 per a la seva revisió) com la més recent (Gao et al., 2010; Ingoldsby et al., 2006) insisteixen en aquest tòpic.

Epileg

La literatura, i sobretot el cine, abunden en la presentació de terrors que provenen del més enllà, fantàstics i molt imaginatius. Els adults, com algun cop els nens en certs jocs, trobem plaer a espantar-nos: sembla que així controlem allò que aterreix. Però com diu Ferrero (2009) allò que ens fa més por no és el desconegut sinó el que ja sabem. El que fa por de veritat és el que la humanitat ha descobert durant la seva història: *por a allò conegut*.

Quan els professionals de la salut mental parlem de la por hem de fer-ho d'una manera integral. De tot allò que fa por: de les pors que sorgeixen de la fantasia i la complexitat relacional humana i d'aquelles altres que sorgeixen de la conducta dels altres. Personalment, ja no concebem una psicologia sense la sociologia.

En aquest sentit, els humans seguim incitant a la por de forma extraordinària. Si les altres espècies sobre la terra tinguessin la capacitat d'anticipar la por, sens dubte seríem l'espècie més temuda (i la més odiada). Ens comportem amb el planeta com una plaga exterminadora (Weissman, 2007) i hem assolit la plena capacitat d'autodestrucció (Dupoy, 2005), podent aniquilar tota forma de vida ja sigui deliberadament o per defecte, per acció o per omisió.

I pel que fa a nosaltres mateixos, la frase de Hobbes "*l'home és un llop per a l'home*" continua estant vigent malgrat els mil matisos, per altra banda imprescindibles, que se li puguin adjuntar. Realment es pot afirmar que la humanitat té una tendència natural a evolucionar en un sentit positiu i de progrés. Però, tot i els innegables avenços obtinguts en els últims segles, el cert és que la humanitat progressa, quant al seu humanisme, molt lentament i acompanya els seus progressos amb retrocessos clars.

Així, el fenomen per antonomàsia del moment actual, la *globalització*, ha estat, fins ara, una ona negativa i descontrolada, amb prou feines compensada per forces homònimes de signe positiu (Bauman, 2006). Informació al marge, el que més s'ha globalitzat són perles com el capitalisme especulatiu, un cert tipus de comerç, el tràfic d'armes, drogues i éssers humans, la delinqüència, el terrorisme i el contraterrorisme. La fam, la pobresa, la desigualtat, l'acumulació de riquesa en poques mans, les guerres, els abusos de nens i dones, les malalties com la sida o la malària a penes han sentit l'impacte de

la globalització, excepte en el que fa referència al sentit purament informatiu. Tot i que avui Auschwitz figura a les guies turístiques, hi ha molts altres *Auschwitz* encara en actiu. Llocs on el treball no fa lliures les persones⁵ i aquestes han perdut tota, o gran part, de la seva esperança en una vida millor i més digna.

I què hem de dir de les societats riques? Aquelles, com la nostra, en què els fins (obtenir poder, enriquir-se) justifiquen tots els mitjans, són societats molt pròximes a les pors. La ideologia dominant (capitalisme fonamentalista, darwinisme social) ens convida a tractar els altres com a aliens i estranys; a vetllar sols pels nostres interessos, a competir per ser millors i a sentir-nos cada cop més subjectes individuals. No és d'estranyar, doncs, que aflorin i es multipliquin les tanques i els murs protectors, les càmeres de vigilància i les empreses de seguretat privada, les zones exclusives amb accés restringit, les presons i els efectius policials i, és clar, el fonamentalisme i la xenofòbia.

Al seu torn, en aquest escenari, sempre hi ha algú disposat a obtenir beneficis econòmics de les pors més bàsiques i es fomenten, impúdicament, els temors a la vellesa, a les arrugues, a la tristesa o l'ansietat, i a les suposades malalties que no són tal cosa. És el fenomen que s'ha descrit com la *medicalització de la societat* i el seu brot favorit, la *psiquiatrització de la vida*. Es tracta aleshores de prevenir, controlar, augmentar i corregir; en un no viure dominat per les pors personals i intransferibles.

Estem d'acord amb Armengol (2001) quan assenyala que les nostres pors més grans són: (a) a ser considerat un estrany; (b) a no ser entès; (c) a ser avergonyit, a ser o sentir-se indigne, i (d) a ser menyspreat, reprovat i repudiat. I considerem, com ho fa Sáinz (2007), que, en certa mesura, aquesta societat en què som immersos, i que tant fomenta el narcisisme, no fa sinó augmentar aquestes pors.

Durant aquest article hem parlat de les pors psicopatològiques, individuals sols en certa mesura, i l'acabem considerant les pors col·lectives. En aquest sentit volem apuntar a una idea que ens sembla rellevant. Ja hem comentat que les pors patològiques no sempre revelen directament allò que, en realitat, és el patir autèntic del pacient, ni molt menys les seves causes i orígens. Un procés idèntic pensem que s'observa en les pors socials. Moltes persones se senten preocupades per temes com la immigració, la pròpia salut, la inseguretat ciutadana, el terrorisme, la conducta dels joves, els accidents de trànsit i la resta. Són temors molt publicitats; en certa manera gosàriem dir que són *fomentats*. Tanmateix, ens podem preguntar si aquestes són, realment,

5. "*Arbeit macht frei*" - *El treball us farà lliures* -, frontispici del camp d'extermini d'Auschwitz.

les variables que ens han de posar col·lectivament en guàrdia.

En els temps que corren i els aires que bufen en la nostra societat, creiem que hi ha altres qüestions que, tot i que no sempre visibles, ens haurien de preocupar en gran mesura. En concret pensem el *els nous asocials* (Grass i Goitisoló, 1998). Són els més grans responsables, si bé no els únics, del to melòdic que impregna els temps hipermoderns. Banquers i empresaris sense escrúpols, especuladors financers, polítics corruptes, corporacions transnacionals que decideixen sobre la vida i la mort de milers d'innocents, organismes supranacionals que només vetllen pels interessos dels poderosos, terroristes ambientals i altres psicòpates d'americana i corbata que Bauman descriu així:

Al fet de robar els recursos de nacions senceres se l'anomena "promoure el lliure comerç", a deixar famílies i comunitats senceres sense el seu mitjà de vida se l'anomena "redimensionar" o simplement "racionalitzar". Cap d'aquestes dues accions no ha figurat mai en qualsevol relació d'actes criminals i punibles (Bauman, 1998, p. 168).

RESUMEN

Partiendo de la idea de la universalidad de la emoción del miedo y de sus definiciones nos planteamos si es posible la elaboración de una auténtica psicopatología del miedo. Ante la dificultad conceptual que encontramos en este tema elaboramos una diferenciación entre los conceptos de *miedo*, *ansiedad* y *fobia*. En base a sus diferencias se revisan las clasificaciones actuales y se efectúa una propuesta de clasificación más coherente. Se revisan, entonces, las clínicas del miedo patológico en una tipología *ad hoc*: (1) miedos fóbicos; (2) el miedo en la psicosis; (3) el miedo obsesivo; (4) el miedo en el carácter; y (5) la ausencia de miedo. Terminamos el trabajo con unas reflexiones sobre los miedos sociales, los cuales parecen funcionar, en ocasiones como los individuales, esto es de modo desplazado.

SUMMARY

On the basis of the notion of the universality of fear and of its definitions, we pose the question as to whether a psychopathology of fear is genuinely possible. In view of the conceptual difficulties concerning the subject, we have formulated definitions which differentiate between the concepts of *fear*, *anxiety* and *phobia*. In the light of these differences the current classifications are revised and a more coherent classification is proposed. Clinical treatment of pathological fear is thus revised according to the following *ad hoc* typology: (1) phobic fear; (2) fear in psychosis; (3) obsessive fear; (4) fear in character; and (5) the absence of fear. The study concludes with some

reflections concerning social fears, which appear to operate in the same way, in a number of cases, as individual fears, that is to say: through displacement.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMOWITZ, J.S. & BRADDOCK, A.E. (2006). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, pp. 503-19
- ALBEROLA, O. i VILLAGRASA, F. (2008). *Miedo a la memoria: historia de la ley de reconciliación y concordia*. Barcelona, Flor del Viento
- ALVAREZ, J.M., ESTEBAN, R. i SAUVAGNAT, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid, Síntesis
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. Text revision*. Washington, APA. Traducció castellana: *Manual diagnòstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Texto revisado*. Barcelona, Masson, 2000.
- ANDREWS, G. & SLADE, T. (2002). Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *Journal of Nervous and mental Diseases*, 190, pp. 624-630
- ARMENGOL, R. (2001). Psicoanálisis sin interpretación. *Intercambios. Papeles de psicoanálisis*, 8, pp. 7-12
- BARLOW, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, Guilford Press
- BARLOW, D.H., CHORPITA, B. & TUROWSKY, J. (1996). Fear, panic, anxiety and disorders of emotion. In (D. Hope, ed.) *Perspectives on anxiety, panic and fear*. Lincoln, University of Nebraska Press, pp. 251-328
- BAUMAN, Z. (1998). *Globalization. The human consequences*. Cambridge, Polity Press. Traducció catalana: *Globalització. Les conseqüències humanes*. Barcelona, U.O.C. (2001).
- (2006). *Liquid fear*. Cambridge, Polity Press
- BECK, A.T. & EMERY, G. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, Basic Books
- BETTELHEIM, B. (1976). *The Uses of enchantment: The meaning and importance of fairy tales*. New York, Knopf
- BOGHOSSIAN, P.A. (2009). *El miedo al conocimiento: contra el relativismo y el constructivismo*. Madrid, Alianza
- BOLWBY, J. (1973). *Separation and anger*. London, Hogarth
- CHOMSKY, C. (2001). *El miedo a la democracia*. Barcelona, Crítica
- CODERCH, J. (1979). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona, Herder
- DUPOY, J.P. (2005). *Pour un catastrophisme éclairé*. París, Seuil
- EY, H. (1965). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, Toray-Masson
- FERRERO, J. (2009). *Las experiencias del deseo. Eros y Misos*. Barcelona, Anagrama
- FREUD, S. (1916). Varios tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. *Obras Completas*, vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu

- (1926). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*, vol. XX. Buenos Aires, Amorrortu
- FROMM, E. (1941). *El miedo a la libertad*. Barcelona, Paidós
- GABBARD, G.O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, American Psychiatric Publishing
- (2001). Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, pp. 208-221
- GAO, Y., RAINE, A., CHAN, F., VENABLES, P.H. & MEDNICK, S.A. (2010). Early maternal and paternal bonding, childhood physical abuse and adult psychopathic personality. *Psychological Medicine*, 40, pp. 1007-1016
- GRASS, G. & GOYTISOLO, J. (1998). Frente a la catástrofe programada. In: Le Monde Diplomatique (Ed.), *Pensamiento crítico vs. pensamiento único*. Madrid, Debate, pp. 81-95
- GRAY, J. A. (1991). Fear, panic and anxiety: What's in a name? *Psychological Inquiry*, 2, pp. 77-78
- HACKMANN, A. (2007). Agoraphobia: clinical features and treatment strategies. *Psychiatry*, 6, pp. 254-257
- HERNÁNDEZ, V. (2008). *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión dinámica*. Barcelona, Paidós
- INGOLDSBY, E.M., SHAW, D.S., WINSLOW, E., SCHONBERG, M.M., GILLIOM, M. & CRISS, M.M. (2006). Neighborhood disadvantage, parent-child conflict, neighborhood peer relationships, and early antisocial behavior problem trajectories. *Journal of Abnormal Psychology*, 34, pp. 303-319
- KARPMAN, B. (1948). The myth of the psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 104, pp. 523-534
- KESSLER, R.C., RUSCIO, A.M., SHEAR, K. & WITTCHEN, H.U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, 2, pp. 21-35
- KRUEGER, R.F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, pp. 921-926
- KRYSTAL, H. (1988). *Integration and self healing: Affect, trauma, alexythymia*. Hillsdale, Analytic Press
- KUBNICK, H. (1980). *El Gran miedo al año 2.000*. Esplugas de Llobregat, Plaza & Janés
- LYKKEN, D.T. (1995). *The antisocial personalities*. New York, L. Erlbaum
- MARKS, I. & NESSE, R.M. (1994). Fear and fitness: an evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and Sociobiology*, 15, pp. 247-261
- McNALLY, R.J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York, Guilford
- MERNISSI, F. (2007). *El Miedo a la modernidad: islam y democracia*. Madrid, Ediciones del Oriente y del Mediterráneo
- MILLON, T. & EVERLY, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona, Martínez Roca

- OEI, T.P., GROSS, P.R. & EVANS, L. (1989). Phobic disorders and anxiety states: how do they differ? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, pp. 81-88
- PHILLIPS, M. L., SENIOR, C., FAHY, T., & DAVID, A. S. (1998). Disgust: The forgotten emotion in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 172, pp. 373-375
- POYTHRESS, NG., EDENS, J.F., LANDFIELD, K., LILIENFELD, S.O., SKEEM J.L. & DOUGLAS, K.S. (2008). A critique of Carver and White's (1994) Behavioral Inhibition Scale (BIS) for investigating Lykken's theory of primary psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 45, pp. 269-275
- RAMOS, R., ESPÍÑO, I., LÓPEZ, J.D., VARLEA, P. & GARCIA, M.C. (2008). Hipocondría: Nosología y modelos explicativos. Revisión histórica y de las controversias actuales. *Interpsiquis*. Disponible a: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psico_somatica/34507/
- RODRÍGUEZ, A. (2000). Psicopatía. In (A Jarne i A. Talarn, comps.) *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona, Paidós, pp. 565-596
- ROTH, M. (1996). The panic-agoraphobic syndrome: a paradigm of the anxiety group of disorders and its implications for psychiatric practice and theory. *American Journal of Psychiatry*, 153, pp. 111-124
- SÁINZ, F. (2007). Narcisismo y sociedad, entre la carencia y la arrogancia. In (A. Talarn, comp.) *Globalización y salud mental*. Barcelona, Herder, pp. 417-452
- SANDÍN, B., CHOROT, P., SANTED, M.A., VALIENTE, R.M., & OLMEDO, M. (2008). Sensibilidad al asco: Concepto y relación con los miedos y los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, pp. 137-158
- SARTRE, J.P. (1945). *Les chemins de la liberté*. París, Gallimard
- SCHNEIDER, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. New York, Grune & Stratton
- SELIGMAN, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, pp. 307-320
- SILOVE, D., MANICAVASAGAR, V., CURTIS, J. & BLASZCZYNSKI, A. (1996). Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 37, pp. 167-179
- SYLVERS, P. (2011). Differences between trait fear and trait anxiety: implications for psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 31, pp. 122-137
- TALARN, A. (2000). Trastornos de ansiedad. In (A. Jarne i A. Talarn, comps.) *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona, Paidós, pp. 233-268
- TIERNO E. (1986). *El miedo a la razón*. Madrid, Tecnos
- VALLEJO-NAGERA, J.A. (1981). *Introducción a la psiquiatría*. Barcelona, Científico Médica
- WATSON, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal*

Psychology, 114, pp. 522-536

WEISMAN, A. (2007). *The world without us*. New York, St. Martin's Press

WHEELER, S., BOOK, A. & COSTELLO, K. (2009). Psychopathic traits and perceptions of victim vulnerability. *Criminal Justice and Behavior*, 36, pp. 635-648

WOLPE, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy: A long voyage. In (J.K. Zeig, ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, Routledge, pp. 133-142

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). *ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic guidelines*. Ginebra, WHO. Traducció castellana: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Meditor, 1992