

Un caso de seudología

A case of pseudologia

J. M. VILLAGRAN MORENO (*), A. DIEZ PATRICIO (**),
V. SANCHEZ VAZQUEZ (***), A. M. FERNANDEZ PINA (****)

RESUMEN

Se estudia un caso de **seudología fantástica**, trastorno de la personalidad incluido en los **trastornos no especificados** (DSM-III-R) y que podría ser definido, siguiendo a CASTILLA DEL PINO, como una **caracterosis impositiva del self intelectual**. El síntoma fundamental, en el caso que comentamos, está constituido por la personalidad del paciente, que se cimienta en un **un falso self** —expresado éste en los numerosos engaños y mentiras que giran, principalmente, alrededor de su identidad intelectual—. Como consecuencia de estas conductas mendaces, el paciente manifiesta, además, conductas desadaptativas (alcoholismo, endeudamientos en cadena, etc). A diferencia del fantasioso, el seudólogo opta por la acción: su intención es imponer el self fantaseado a los demás, por lo que no le basta la simple fantasía si ésta no es llevada a la práctica. Asimismo, es preciso diferenciar el cuadro seudológico de las neurosis histéricas, estados hipomaníacos y psicosis paranoides crónicas de exaltación intelectual. El abordaje psicoterapéutico suele verse dificultado por la actitud del paciente.

SUMMARY

A case of **Pseudología Fantástica**, personality disorder that may be included is (DMS-III-R) "**Not Otherwise Specified**" (NOS) diagnostic category, is studied. It can also be considered, as CASTILLA DEL PINO does, as "imperative characterosis of intellectual-self". The main symptom, in the present case, is the patient's personality, which is built upon a **false self** —this being expressed by a series of lies and tricks—that lies on his intellectual identity. As a consequence of this mendacious acts, the patient also performs maladaptive reactions (drinking behaviour, debts, etc.). Far from the fantastic personality, the pseudologic does act: his goal is imposing his fantastic self to others. Pseudologia fantástica should be distinguished from histeria, hipomania and paranoia. Psychotherapy may be interfered by patien's attitude.

0. INTRODUCCION

Las referencias a la mentira patológica o seudología fantástica se remontan a finales del siglo XIX, con el libro de A. DELBRÜCK (1891). Este autor concibió la seudología como un "híbrido de mentira y autoengaño". Si bien puede afirmarse que el sujeto seudólogo posee una alta capacidad se fantasía (**hiperfantasia**, para ZIEHEN), lo cierto es que el mentiroso patológico trata de imponer su mentira: su engaño tiene una determinada finalidad, un carácter marcadamente activo: conseguir la estima de los demás. Por ello, K. SCHNEIDER (1980) incluye a los seudólogos —junto a los histéricos, fantásticos

(*) Piquiatra. ECSM. Distrito de Jerez (Cádiz). Profesor Colaborador de la Unidad Docente de Psiquiatría de Córdoba.

(**) Psiquiatra. ECSM. Distrito de Córdoba. Profesor Colaborador de la Unidad Docente de Psiquiatría de Córdoba.

(***) Psicólogo. USMI Córdoba. Profesor Colaborador de la Unidad Docente de Psiquiatría de Córdoba.

(****) Psicóloga. ECSM. Distrito de Jerez (Cádiz).

puros, vanidosos, fanfarrones, etc.— entre los **psicópatas necesitados de estimación**, caracterizados, según KOCH, por “un afán fatuo y orgulloso de hacerse notar” (cit. en SCHNEIDER, 1980), y por intentar “aparecer ante sí y ante los otros como más de los que son” (JASPERS, 1980: 512).

JASPERS incluye la seudología fantástica dentro de los denominados **caracteres histéricos**, en virtud de esta necesidad de aparentar. El mismo punto de vista es sustentado por LANGE (1942). Para CODERCH (1979), dentro de esta línea, la seudología fantástica sería un atributo de la personalidad histriónica, una de las formas de reacción caracterológica posibles. CASTILLA DEL PINO (1980b) incluye al seudólogo o mitómano dentro de los denominados por él, **caracterósicos impositivos** (*). Otros autores apuntan la existencia de este síndrome en diversos tipos de trastornos de personalidad —asocial, histriónico, narcisista, límite, compulsiva— (FORD et al., 1988). El (DSM-III-R) (Am. Psych. Assoc., 1987) no incluye una categoría especial para este cuadro, aunque la conducta mendaz puede encontrarse en los trastornos narcisistas, asociales e histriónicos de la personalidad.

1. Caso clínico

MANUEL G.P. de 35 años de edad, casado, de profesión agente comercial, consulta por propia iniciativa en nuestro centro en Junio de 1986. Acude solo a la consulta. La razón que aduce para consultar es que desea conocer las motivaciones de determinadas conductas que considera “absurdas” y que le preocupan. Refiere sentirse angustiado por la “doble vida” que lleva. Cuenta que, desde que era niño, ha estado continuamente **mintiendo**.

(1) “Cuando era niño ya mentía a mis padres acerca de las notas escolares: decía

PALABRAS CLAVE

Seudología fantástica. Trastornos no especificados. Caracterosis impositiva del self intelectual. Falso self.

KEY WORDS

Pseudología Fantástica. Not Otherwise Specified. Imperative characterosis of intellectual-self. False self.

que era el mejor de la clase cuando apenas sacaba aprobado. Incluso llegué a falsificarlas”.

Al finalizar el bachillerato se matricula en Medicina. Cursa dos años, tras los cuales, ante el poco éxito obtenido, abandona y se dedica a realizar trabajos esporádicos. Sin embargo, nada de ésto es referido a la familia, a la que dice que sigue estudiando. El paciente va a mantener esta situación durante **ocho años**.

(2) “Cuando comencé la carrera, dije que iba a sacar las mejores notas. Lo dije para darme importancia. Luego no saqué nada. La verdad es que empecé bien el primer curso —aprobé dos exámenes—, pero ya no aprobé nada más y, ante mis padres, viví de las rentas de lo que había hecho al principio. Me pasé el curso diciendo que iba muy bien y, después, cuando llegaron las notas, les dije que no me explicaba como había suspendido”.

(3) “Ya entonces mentía también, esporádicamente. Por ejemplo, empecé a entrenar a un equipo de balonmano y les contaba a los chicos que yo había sido un jugador internacional”.

Tres años antes de consultar con nosotros, anuncia a sus familiares y a su novia que había concluido los estudios de Medicina, y decide casarse sin que en ningún momento su esposa supiese nada de la falsedad del hecho. Asimismo, afirma haber obtenido una beca del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y haber realizado determinadas investigaciones sobre el Síndrome Tóxico. En el tiempo en

que afirma esto, no trabaja y pasa el día paseando por temor a ser descubierto en otro trabajo distinto al mencionado. Un año antes de la consulta se descubre la mentira acerca de la finalización de sus estudios: el paciente, que pedía prestado dinero para llevar el nivel de vida que, suponía, correspondía a un médico, debía un millón doscientas mil pesetas. Dos meses más tarde comienza a trabajar en una empresa de seguros, en donde, desde entonces, realiza la venta domiciliaria de pólizas. Durante este tiempo, en lugar de llevar a cabo su trabajo, pasa la mayor parte del día bebiendo en bares e invitando a beber a amigos y conocidos. Al llegar a casa, refiere haber vendido un gran número de pólizas y haber obtenido con ello mucho dinero. Para mantener este engaño, pide prestado dinero a amigos, familiares y conocidos. Siete días antes de la consulta es nuevamente descubierto: en dos meses había contraído deudas por valor de ochenta mil pesetas. Como consecuencia de este nuevo engaño, su esposa decide separarse legalmente.

(4) "Yo creo que miento para hacerme una personalidad que atraiga a los demás, para que se fijen en mí, para aparentar".

(5) "El caso es que los demás me tienen bien considerado. No sé si es que hasta en eso los he engañado. Piensan que soy una buena persona, buena gente, que aprecio a todo el mundo".

(6) "Cuando mentía acerca de mis logros no solía jactarme de ellos, porque me daba miedo, no fueran a descubrirme. Yo mentía cuando me veía obligado a responder porque me preguntaban "tú ¿qué haces?". Al principio yo fui construyendo el castillo y cuando vi que era una cosa demasiado grande, procuré quitarle importancia".

El paciente es el mayor de 3 hermanos, todos varones. El 2.º, de profesión administrativo, tiene 31 años, y el menor, de 16 años, es estudiante de BUP.

(7) "Mi familia era de clase baja pero, a fuerza de trabajo, ha llegado a ser de clase media".

El padre del paciente trabaja como jefe de un taller de automóviles.

(8) "Es el número uno para mí: comprensivo con todo el mundo, apoya totalmente en todo. Conmigo está dolido porque nunca le he contado nada; él se ha abierto a mí, y yo no me he abierto a él".

(9) "Ahora sabe todo acerca de mis mentiras. Pero tiene confianza en que yo levante cabeza. No se explica por qué he hecho eso. El se imagina que si yo no hubiera estado lejos de él me hubiera podido controlar cuando estudiaba y no hubiera pasado nada de esto".

(10) "Para él yo era un fuera de serie... no, un fuera de serie no. Simplemente, que era autosuficiente: yo era el único que había empezado a estudiar y siempre ha estado pendiente de mi trayectoria".

(11) "Me tenía demasiado alto. Me ponía en un pedestal, únicamente porque, de joven, participé en unos grupos de teatro y salí en los periódicos, cosa que no era habitual en la familia".

La figura materna es descrita por el paciente como sigue:

(12) "Trata siempre de ampararme, en plan madraza. No comprende nada de lo que me pasa".

2. Comentario

El síntoma clave del presente cuadro no es otro que la profusión de **mentiras** a lo largo de la vida del sujeto. Numerosos ejemplos de éstas se recogen en los datos del cuadro clínico actual y en la historia personal. Las primeras conductas mendaces referidas por el paciente se remontan a su infancia (1). Al iniciar la carrera de Medicina las conductas mendaces son, fundamentalmente, acerca de su situación académica (2), aunque también se extienden a otros temas (3). El paciente mantiene esta serie de engaños hasta 3 años antes de la consulta en nuestro centro, cuando expresa otros nuevos. Durante el último año, y desde que fueron

descubiertos los engaños mencionados, la actividad mendaz del paciente se ha centrado en su actual trabajo. Al analizar la temática de los engaños urdidos por el paciente queda de manifiesto que todos ellos están contruidos alrededor de su identidad. Nuestro paciente no modifica la realidad externa —no miente acerca de hechos ajenos, como cualquier fantasioso— sino sobre el conjunto de denotaciones y connotaciones que constituyen su **self** (*). Es su **valor** lo que nuestro paciente falsea.

El falso self del paciente se construye, principalmente, alrededor del **área intelectual**. Así, la mayoría de los engaños del paciente tienen que ver con logros o rendimientos y capacidades intelectuales o laborales —por ejemplo, obtención de buenas calificaciones en el bachillerato y en la carrera, finalización de esta última, disfrute de una beca de investigación y participación en el proyecto del síndrome tóxico, rendimiento en la venta de pólizas, etc.

No obstante, la actividad mendaz del paciente, en ocasiones, se refleja en otras áreas del self, por ejemplo, **erótica**, o, incluso, **corporal**, cuando, pongamos por caso, hace mención de su destreza como presunto deportista de élite (3). La finalidad de estas conductas queda reflejada en las propias palabras del paciente (4) (5) (6). Por lo tanto, el self inventado tiene que ser **impuesto** a los demás: no se trata de ofrecerse a sí mismo una imagen magnificada, sino que se procura ofrecerla magnificada a los otros (5). En virtud del propósito perseguido por el paciente, el falso self ha de traducirse en **acciones**, que bien sirvan para **manifestar sus excelencias**, bien contribuyan a **evitar que el engaño sea descubierto** (6). La actividad llevada a cabo por el paciente va desde la falsificación de las calificaciones esco-

lares a la edad de 10 años, hasta pedir prestado dinero a conocidos y familiares con el fin de mantener el nivel de vida que correspondía, según él, a un médico, o para convencer a su esposa de su éxito como vendedor de pólizas de seguros. La mendacidad del paciente es, por lo tanto, fundamentalmente **activa**.

Otro aspecto destacable es el grado de convicción con que el sujeto vive sus mentiras. Este rasgo, a todas luces importante, sirve para dirimir si existe aquí alguna alteración del juicio de realidad. El falso self creado por el paciente se manifiesta, como hemos visto, actuando. Pero la actuación —y el correlato de actividades que conlleva el mantenimiento del falso self— no implica la existencia de una pérdida de la diácrisis (CASTILLA DEL PINO): nuestro paciente no cree, en ningún momento, en la realidad objetiva de sus mentiras: antes al contrario, al tener perfecta conciencia de la fragilidad de las mismas, hace todo lo posible para evitar su disolución. Ni siquiera se puede hablar aquí, de actividades **predelirantes** (CASTILLA DEL PINO), habida cuenta que nunca se produce una oscilación de la certeza de que lo imaginado por el paciente no le pertenezca a él. A este respecto son perfectamente actuales las palabras de KRAEPELIN, para quien el grupo de enfermos al que pertenece nuestro paciente “saben perfectamente que abandonan el terreno de la realidad, pero siguen urdiendo su trama, por el placer de fabular sin darse cuenta de sus móviles internos” (cit. por SCHNEIDER, 1980: 151-152). Obviamente, aunque nuestro paciente no crea en sus mentiras, lo que parece fuera de toda duda es que se ve inmerso en ellas, se fantasea totalmente con la identidad fantasiada e impuesta. No existe, pues, diácrisis (y, por ende, no se producen fenómenos psicóticos).

La principal característica de nuestro caso es la **no existencia de síntomas llamativos**, entendiendo por tal, actos de conducta (neuróticos o psicóticos) que destaquen sobre el conjunto de la personalidad subyacente. Aquí, el único y verdadero síntoma es la **propia personalidad del sujeto, su identidad**

(*) Se usa aquí el modelo de *self* propuesto por CASTILLA DEL PINO (1980a). Este autor configura la identidad o self alrededor de cuatro áreas interrelacionadas: *actitudinal* o imagen que el sujeto tiene de su modo de ser, en sus aspectos pático y ético; *intelectual*, referido a la imagen en este aspecto (inteligente-torpe, cuerdo-loco, etc.); *erótico*, que se refiere a la identidad sexual (masculino-femenino), y *corporal*, o imagen del cuerpo (fuerte-débil, bello-feo, etc.).

o self. Es obvio que todo sujeto posee determinados rasgos de personalidad que constituyen pautas de relación duraderas que se manifiestan en contextos sociales y personales diferentes. No obstante, sólo cuando la estabilización de una determinada estructura del self favorece la aparición de pautas de conducta del sujeto que se caracterizan por la incapacidad para adecuarse a las modificaciones del entorno, podemos hablar de "trastorno de la personalidad". Por lo tanto, y el presente caso es un claro ejemplo, los rasgos de personalidad inflexibles e inadaptables provocarán una incapacitación social significativa en el sujeto, con lo que su relación se verá necesariamente alterada. No existe, pues, un síntoma clave a partir del cual se derive la conducta del paciente — como ocurre con la angustia en el caso de los síndromes neuróticos, o las alteraciones del juicio de realidad en los psicóticos—. Aquí es la totalidad del self la que se convierte en fuente de inadaptación. Estamos, pues, ante un síndrome **caracterósico (o caracterial o psicopático)** (CASTILLA DEL PINO, 1980b), en el que se perfila un subsíndrome caracterizado por una estructura de la personalidad basada en la invención de fantasías de protagonismo que tratan de ser impuestas a los demás (**subsíndromes caracterial seudólogo o mitómano**). Las caracterosis, como trastornos de la personalidad —o **neurosis de carácter** en el lenguaje psicoanalítico —pueden dividirse en 2 grandes grupos: 1. aquéllos cuadros en los que la conducta del sujeto pretende **preservar su self**, defenderse frente a los embates de la realidad, y de las relaciones interpersonales. Este sería el caso de las caracterosis por inhibición en la relación, tímidos, inseguros en sí mismos, depresivos, etc. Se denominan **caracterosis defensivas**; 2. en un segundo grupo de caracterosis, el sujeto pretende **imponer su self** por encima de toda norma: aquí, la identidad se adquiere mediante una relación de **ataque** con la que tratan de satisfacer el self pretendido. Este sería el caso de los sujetos asociales, bufonesco, histriónicos y de los seudólogos y mitómanos. Este segundo

grupo se corresponde con las denominadas **caracterosis impositivas**. Cada uno de estos grupos puede trasladarse al esquema de las áreas del self propuesto por CASTILLA DEL PINO (1980a,b) con lo que se obtiene una relativa tipificación de todas las formas posibles de caracterosis. El seudólogo o mitómano pertenecería, por tanto, al tipo de **caracterópata impositivo del self intelectual**: son sujetos que no se conforman con lograr una imagen de sí mismos magnificada sólo para ellos — como ocurre con el fantasioso—, sino que procuran ofrecerla a los demás. El seudólogo, como hemos mencionado, se inventa sus propias fantasías de protagonista, pero, además, trata de imponerlas a los otros. Esta necesidad de convencer a los demás le lleva a constituirse en (falso) testigo de cualquier acontecimiento, así como en autor de hechos sorprendentes o detentador de capacidades impensables que puedan causar admiración en los otros.

Esta consideración de la mentira patológica concuerda con la sustentada por autores como H. DEUTSCH —quien la describe como "fantasías comunicadas como reales" (DEUTSCH, 1982)—, DAVIDOFF (1942) —para quien la mentira constituye una gratificación para la persona cuyas aspiraciones exceden sus capacidades—, o KOHUT —quien afirma que la mentira tiene como función el reforzamiento de un self hipertrofiado (KOHUT, 1977)—. En este sentido, estos pacientes se asemejan, en su dinámica, a los impostores (GREENACRE, 1958; DEUTSCH, 1955): éstos se defienden, mediante el falso self, de la posible crisis que sobrevendría al exponer el depreciado self verdadero (CONRAD, 1975). Asimismo, y si la amenaza proviniera de impulsos inaceptables, la mentira patológica actuaría reforzando los mecanismos defensivos de la represión y la negación (FENICHEL, 1982).

No existe, en los sistemas diagnósticos recientes —DSM-III, DSM-III-R, ICD—, una categoría diagnóstica que se superponga al cuadro clásico de la seudología fantástica, si bien la mentira reiterada puede darse en distintos trastornos. Dentro de los

trastornos de la personalidad, los criterios del **trastorno histriónico** no satisfacen, a nuestro juicio, los rasgos característicos del cuadro seudólogo (no siempre existe conducta abiertamente teatral y reactiva en este último, ni las relaciones interpersonales se ven deterioradas en el sentido expresado en el DSM-III-R). Tampoco el **trastorno narcisista** se corresponde, en su totalidad, con nuestro cuadro. El narcisista puede modificar, ocasionalmente, los hechos externos para satisfacer su necesidad de agrandar. Esto puede llevarle a la exageración de sus capacidades, pero difícilmente a crear un falso self paralelo que deba ser mantenido mediante el engaño. En el **trastorno asocial**, también asistimos, como en el histriónico y en el narcisista, al recurso del engaño, si bien aquí la finalidad del mismo suele ser evitar castigos o la obtención de beneficios externos (dinero, poder, etc.). La seudología fantástica sería incluida, por tanto, en las categorías residuales de **trastornos de la personalidad no especificados** (DSM-III-R) u **otros trastornos de la personalidad** (DSM-III, ICD-10).

Entre los trastornos de personalidad o caracterosis impositivas de un self hipertrofiado pueden distinguirse, por un lado, los seudólogos o mitómanos, y por otro, los **fantasiosos puros**. Estos últimos son sujetos que también llevan una doble vida: por una parte, aquella en la que se ajustan, en mayor o menor medida, a las demandas de la realidad; pero, por otra, se dejan arrastrar hacia una vida fantástica que es la que realmente les importa. En estos sujetos, la proyección de su self fantaseado al mundo exterior no es importante: les basta con la gratificación que obtienen para sí mismos a través de los fantaseados. Como señala KRONFELD, mientras que el fantástico falsea **“el valor del mundo externo, para sí, el seudólogo falsea su valor, para el mundo externo”** (cit. por SCHNEIDER, 1980: 149). SCHNEIDER abunda en esta idea al afirmar que “mientras el fantástico se engaña a sí mismo, el seudólogo engaña a los demás”, y el hecho de que, a veces, se engañe también a sí mismo, no es más que “un efec-

to accesorio” (ibidem). El carácter activo de la mentira patológica también la distingue de la simple fantasía. Como señala JORGER, “si falta la actividad, surge del seudólogo sólo el soñador, no el farsante”. Para llegar a la seudología, el sujeto necesita, pues, “imaginación y actividad” (ibidem).

Finalmente, es preciso distinguir el cuadro de la seudología fantástica de otros trastornos en donde, o bien se presenta una self hipertrofiado de una manera prepsicótica o psicótica, o bien las falsedades son productos de relleno de unas funciones mnésicas alteradas. En el primer grupo se incluyen los trastornos delirantes (paranoides) de tipo exaltatorio —las clásicas psicosis paranoides crónicas de exaltación intelectual— y los estados maníacos. En el segundo los trastornos mnésicos que cursan con fenómenos confabulatorios (p.ej.: el sd. de KORSAKOFF). Los cuadros paranoides crónicos de temática megalomaniaca podrían ser confundidos, en un examen superficial, con caracterosis impositivas del self intelectual (seudología). La distinción, no obstante, es clara: mientras que el psicótico cree ser la persona imaginada, el seudólogo intenta hacer creer a los demás que es como fantasea e, incluso, puede llegar a compenetrarse tanto con su papel que actúe continuamente, pero sin llegar a creer nunca que es realmente quien fantasea ser. No existe, por todo esto, pérdida del sentido de realidad en el seudólogo.

En cuanto a los estados maníacos, también en estos cuadros existen fabulaciones que el paciente puede llegar a creer, en mayor o menor medida, oscilando entre los predelirios y los delirios propiamente dichos (vid. **Semanticidad** en VILLAGRAN et al., 1988). No obstante, la alteración del ánimo, la hiperactividad y los trastornos formales del pensamiento y del lenguaje, conducen al diagnóstico de trastorno afectivo, ya que nada de eso aparece en la seudología. Antes al contrario, el paciente suele mostrar —como en nuestro caso— cierta **indiferencia afectiva** ante los problemas causados por sus engaños, compartiendo con las caracte-

sis históricas esa "belle indifference" que propicia el distanciamiento de la realidad conflictiva.

También en los pacientes afectos de síndrome de KORSAKOFF encontramos fenómenos fabulatorios (confabulaciones). No obstante, si bien estos pacientes comunican hechos que no se corresponden con la realidad, no podemos afirmar que se trate de mentiras ya que, por definición, para mentir se precisa una voluntad consciente de engañar, y ésto no se da en el paciente confabulador (FORD et al., 1988).

El abordaje terapéutico de los trastornos de personalidad suele ser, por regla general, psicoterapéutico. Ninguna pauta farmacológica, por sí sola, es capaz de modificar la totalidad de la estructura caracterial de un sujeto. En el caso de la seudología fantástica se han propuesto técnicas de modificación de conducta, psicoterapia analítica individual y grupal, y abordajes combinados. Desgraciadamente, la incidencia de las técnicas psicoterapéuticas sobre los distintos tipos de caracterosis es muy desigual. Así, mien-

tras las caracterosis defensivas —especialmente los tipos inhibidos— suelen beneficiarse de la psicoterapia —incluso más que algunas neurosis—, las caracterosis impositivas son, como señaló K. SCHNEIDER, prácticamente impermeables a todo abordaje terapéutico. El falso self que el seudólogo propone (e intenta imponer), dificulta la relación psicoterapéutica. Es, precisamente, esta relación afectiva, necesaria para un proceso terapéutico, una de las carencias más importantes que definen a estos pacientes. Rara vez demandan asistencia por sus reiteradas mentiras y, cuando lo hacen, suelen verse empujados por las consecuencias sociales y legales de las mismas.

El paciente seudólogo acostumbra a abandonar la terapia tras unas pocas sesiones y no es rara la aparición de engaños y mentiras durante la misma (FORD et al., 1988). No obstante, el abordaje psicoterapéutico individualizado parece ser lo indicado, aún a sabiendas que una estructura rigidificada de la personalidad, como es la del seudólogo, resulta poco susceptible de ser modificada.

BIBLIOGRAFIA

- (1) American Psychiatric Association: *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson. 1983.
- (2) American Psychiatric Association *DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington. APA. 1987
- (3) CASTILLA DEL PINO C. *Introducción a la psiquiatría*. 2 tomos. Tomo 1 2ª ed. Madrid. Alianza. 1980a.
- (4) CASTILLA DEL PINO C. *Introducción a la psiquiatría*. 2 tomos. Tomo 2. Madrid. Alianza. 1980b.
- (5) CODERCH J. *Psiquiatría dinámica*. 2ª ed. Barcelona. Herder. 1979.
- (6) CONRAD SW. "Imposture as a defense", en *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy, vol II: Countertransference*. GIOVACCHINI P (ed.). N York, Jason Aronson (Cit. por FORD et al., 1988). 1975.
- (7) DAVIDOFF E "The treatment of pathological liars", en *Nervous Child*. (Cit. en FORD et al., 1988). 1942, 1. 358-388.
- (8) DEUTSCH H. "The impostor", en *Psychoanal Quat.*, 1955; 24: 483-505.
- (9) DEUTSCH H. "On the pathological lie (pseudología phantastica)", en *J Am Acad Psychoanal.* 1982; 10: 369-386.
- (10) FENICHEL O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. B. Aires. Paidós. 1982
- (11) FORD CHV. KING BH. HOLLENDER MH "Lies and liars: psychiatric aspects of prevarication" en *Am J Psychiatry*. 1988; 145: 554-562.
- (12) GREENACRE P "The impostor". en *Psychoanal Quat.* 1958; 27: 359-382.
- (13) JASPERS K. *Psicopatología general*. 4ª ed. B. Aires. Beta. 1980.
- (14) KOHUT H. *Análisis del self*. B. Aires. Amorrortu. 1977
- (15) LAING R. PHILLIPSON H. RUSSELL LEE A. *Percepción interpersonal*. B. Aires. Amorrortu. 1978.
- (16) LANGE J. *Psiquiatría*. Barcelona. Miguel Serret. 1942
- (17) REICH W. *Análisis del carácter*. Barcelona. Paidós. 1980.
- (18) SCHNEIDER, KURT. *Las personalidades psicopáticas*. 8ª ed. Madrid. Morata. 1980.
- (19) VILLAGRAN JM, LUQUE R. DIEZ A. VALLS JM "Análisis del discurso maniaco (II): perlocucionaridad, semantividad, veracidad, contextualidad y planificabilidad" *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. VIII. 1988a; 24 5-20.

Dirección para correspondencia: J.M. Villagrán Moreno. C/ Océano Atlántico. 31 Urb. Las Redes. El Puerto de Santa María - 11500 Cádiz.