

LA VIVENCIA ESQUIZOFRENICA

(Intento de penetración).

J. R. CANO HEVIA.

Profesor Ayudante de Psiquiatría.

Facultad de Medicina de Valladolid. Clínica Psiquiátrica Universitaria e Instituto Psiquiátrico Provincial.
Director: Prof. Dr. José MARÍA VILLACIÁN.

LAS VIVENCIAS ESQUIZOFRÉNICAS.

Recientemente señalábamos la necesidad existente, en el estudio de las vivencias morbosas que se dan en los enfermos mentales, y en la aplicación de ese estudio al esclarecimiento de los problemas nosológicos, del cumplimiento de dos premisas fundamentales: una mayor exactitud en los conceptos, si se quiere conseguir en la aplicación de los métodos el necesario rigor científico para una utilización más eficaz, y por otra parte la conveniencia de la orientación del estudio de la vivencia hacia el contenido de las mismas buscando la razón de ser de un contenido dado, el cual ha de tener gran trascendencia dado el carácter de *intencionalidad* que posee todo acto vivencial.

Con arreglo a este criterio, hemos procurado en este trabajo cumplir con esos dos postulados en el análisis de las vivencias patológicas que se dan en el proceso esquizofrénico, cuya posición alzaprimada con respecto al interés que en proporción a otras psicosis despierta en el psiquiatra, hacen casi inexcusable su elección como objeto de estudio siempre que intentamos aplicar algún método de trabajo a nuestra investigación nosológica. Dos pilares fundamentales sustentan ese elevado interés: La esquizofrenia es, por un lado, el magno problema de la psiquiatría actual, y es precisamente la hondura del enigma que para nosotros presenta lo que hace más deseable la plenitud de su conocimiento científico. Y es, por otra parte, la desolación y el desvalimiento del enfermo esquizofrénico lo que al mismo tiempo nos acuña hacia el conocimiento de sus males y nos mueve a un esfuerzo para perfeccionar incesantemente la eficacia de nuestra ayuda, única que le cabe esperar en el pavoroso existir de su enfermedad.

Dos orientaciones fundamentales se perfilan en la actualidad en la investigación fenomenológica. Una de ellas intenta la limitación y el aislamiento de los síntomas dependientes directamente del proceso morboso, mediante el criterio de la incomprensibilidad de aquéllos para el hombre sano; su punto de partida es correcto, fenomenológicamente hablando, pues prescinde de las especulaciones de tipo teórico, sobre todo aquello que no pueda sernos dado en nuestra intuición, y que por tanto desbordaría el campo fenomenológico. Su método consiste en captar los estados vivenciales del enfermo, e intentar reproducir en nosotros un

curso vivencial análogo, o intentar identificar dicho estado vivencial con experiencias de nuestra intuición; de esta forma se van eliminando todos aquellos síntomas que son "comprensibles" para nosotros, quedando por fin aquellos cuyo sentido no es comprensible y que estarán determinados por el proceso.

La inclusión de los fines perseguidos por la orientación expuesta, de una forma estricta en los límites y posibilidades del campo fenomenológico, del cual no se salen sus ambiciones por mucho que se apure el rigor conceptual del método, ya ha producido sus frutos en la clínica. Merced al criterio de incomprensibilidad se determinó el carácter *procesal* de la parafrenia, y análogamente se ajustó la situación de la paranoia, como un *desarrollo* comprensible a partir de ciertas características latentes en la personalidad anterior a la aparición del delirio. Esta orientación ha sido aplicada por la escuela de Heidelberg con los trabajos de GRUHLE y MAYER-GROSS al estudio de la esquizofrenia. El primero de estos autores limita a cinco los síntomas primarios (alucinaciones, trastornos del yo, impulsos, alteraciones del pensamiento, delirio), mientras que MAYER-GROSS amplia hasta siete la serie de síntomas incomprensibles, o sea, directamente derivados del proceso morboso. Verosímilmente la discrepancia estriba en que el aislamiento del síntoma no se ha conseguido de una forma evidente; el error consiste, a todas luces, en que no se ha sometido el análisis de los síntomas a un proceso de reducción fenomenológica. Una cosa son los síntomas del cuadro clínico constituido y otra los estados vivenciales que dan origen a estos síntomas; es evidente que los síntomas aislados por cualquiera de los dos autores son incomprensibles; pero lo que ya no resulta tan evidente es que siguieran resultando incomprensibles, si nos fuera posible mediante la reducción fenomenológica, el conseguir captar en nuestra intuición las vivencias (inasequibles para nosotros) que ponen en marcha las series vivenciales que cristalizan en los síntomas observables en la clínica, ni tampoco resulta evidente, a mi modo de ver, si no es avalado por un proceso de reducción fenomenológica (el cual no está a nuestro alcance, ya que las series vivenciales que se pretenden estudiar son ajenas a nuestra experiencia), que a cada síntoma incomprensible tenga que corresponder una alteración diversa del mecanismo vivencial, concepto implícitamente contenido en los trabajos citados, sino que, por el contrario, resulta fácil concebir cómo una vivencia patológica puede ser la alteración esencial que dé origen a varios síntomas del cuadro clínico, y que si se los observa una vez constituidos no demuestran tener nada en común.

El otro sentido en el cual se ha orientado la investigación fenomenológica es el estudiar la existencia o no de un trastorno fundamental en el mecanismo de la vivencia esquizofrénica, que será la esencia originaria del cuadro clínico con

que se nos presenta la enfermedad. Es típico para la comprensión del desarrollo actual de esta línea de trabajo el método de ZUCKER, quien procede de la siguiente manera: Ordena a sus enfermos que intenten representarse tal o cual objeto, y en otras ocasiones tal o cual historieta. En enfermos leves, la representación desaparece a los pocos momentos, o bien se torna imprecisa, mientras que en los enfermos graves el objeto evocado no permanece de una forma precisa, sino que se multiplica, se mueve o se metamorfosa en representaciones sin relación alguna con él, y tanta mayor es la distancia entre las representaciones que surgen en el enfermo y la vivencia de que por orden del médico se partió, cuanta mayor es la gravedad de la agresión esquizofrénica.

Por este procedimiento establece ZUCKER una serie de fenómenos que corresponden a cuadros clínicos de gravedad progresiva: desgarro del pensamiento, vivencia de extrañeza, vivencias impuestas, alucinaciones ópticas y acústicas, vivencia de significación, perplejidad, enigmatización del pensamiento e incoherencia. Describe la vivencia como un proceso en el cual existen dos tendencias: una, tendencia a destacar una forma en un primer plano vivencial, y otra, directora, que tiende a un contenido determinado e identificarlo con otro contenido de la experiencia. Esta última tiene un carácter anticipador sobre la primera, sobre la cual ejerce acción de control, y es la que origina que se observe esto o aquello concretamente.

El trastorno de la primera tendencia (la que propende a la materialización de una figura) determinaría la aparición de los fenómenos comprendidos entre el desgarro del pensamiento y las alucinaciones de la serie anteriormente citada.

Cuando se halla perturbada también la segunda tendencia se producen el resto de los fenómenos, hasta la incoherencia en los casos de máxima gravedad, en los que por perderse totalmente la auto-observación desaparece la diferencia entre lo extraño y lo propio, lo pensando voluntaria o involuntariamente, y existe una continuidad entre vivencias distintas totalmente en significado sin que el enfermo sea capaz de separar unas de otras.

En los trabajos de ZUCKER se estudian las posibilidades vivenciales del enfermo esquizofrénico a partir de una "esencia" asequible al sujeto normal, pues la vivencia inicial les es sugerida por el médico; de esta manera resultan muy demostrativos para el estudio de su temporalidad en la conciencia actual, pero resultan estériles en cuanto al estudio de la calidad o "esencia" de las vivencias esquizofrénicas. La aparición de relaciones de significado incomprendible para nosotros entre dos vivencias dispares originadas a partir de la normal que les fué sugerida por el médico, demuestra en los trabajos citados la existencia de un trastorno del componente "noético" o formal de las

vivencias; pero estas "vivencias secundarias" con sus enlaces de significación entre dos vivencias dispares (pero normales) no nos dan una idea completa de la hondura del trastorno esquizofrénico.

La esencia del trastorno procesal propiamente dicho tiene raíces más profundas. Las alucinaciones cenestésicas que presentan algunos enfermos esquizofrénicos nos hablan de una alteración fundamental, al mismo tiempo, de los elementos "hyléticos" o sensuales de la vivencia.

La vivencia esquizofrénica directamente derivada del proceso, es ajena a nosotros de una forma más radical que la señalada por ZUCKER. No se trata sólo de la fugacidad de su paso por la conciencia actual, o de su volatilización, ni siquiera la evidencia del trastorno de lo que constituye el elemento "noético" de las vivencias por la continuidad de sentido entre dos vivencias de contenido radicalmente diverso, es explicación suficiente. La tragedia existencial del esquizofrénico extiende sus raíces hasta la entraña misma de su Ser biológico. Sin esta consideración, no nos podremos nunca explicar enteramente la existencia de trastornos tan groseramente morbosos como las alucinaciones cenestésicas o los trastornos de los impulsos.

El aislamiento de la vivencia pura originaria, que de una forma directa e inmediata determina el proceso morboso en la intuición del enfermo, tiene una importancia capital. Los cuadros clínicos constituidos nos ofrecen un conjunto de síntomas, de vivencias, incomprendibles para nosotros; esas construcciones vivenciales secundarias se resisten a una reducción fenomenológica consideradas en sí mismas; sometidas a un análisis fenomenológico son incomprendibles, pues nos falta la vivencia morbosa originaria a partir de la cual podríamos (si existiera en nuestra experiencia vital) comprender su desarrollo. Este es el punto capital; si queremos hacer un estudio de la vivencia esquizofrénica es preciso su aislamiento, es decir, efectuar un proceso de reducción fenomenológica hasta dar con aquel acto vivencial que aparece en la intuición de una forma genuina y que no es posible considerar derivado de ninguna otra cosa que no sea el proceso; ahora bien, el carácter extraño de esta vivencia morbosa hace que las series vivenciales originadas a partir de ella sean ajenas a nuestra experiencia interna; de este modo, cuando hablamos de *reducción fenomenológica* aplicando este concepto al aislamiento de lo que originariamente es dado en la intuición, y hacemos referencia particular a las vivencias esquizofrénicas, no entendemos esta reducción como un "revivir" a partir de un síntoma de toda la serie vivencial hasta llegar a aquello que fué dado en la intuición de forma original, pues esta reducción no es asequible a nosotros. El camino a seguir en la reducción fenomenológica de estas vivencias patológicas tiene una dirección inversa: 1.º

Considerar el acto vivencial en sí, y mediante un análisis riguroso y metódico de él, determinar las posibles anomalías en el suceder normal del acto vivencial. 2.º Por el análisis de esas anormalidades posibles del acto vivencial, ver si a partir de ellas nos es asequible la comprensión de los síntomas.

La investigación fenomenológica nos indica que en la intuición cognosciente son posibles dos modos de vivencia: Un primer modo de vivencia, que presenta carácter de inmanente y extratemporal, la cual está constituida por la esencia de la propia conciencia y se da a sí misma en todo acto de intuición; su carácter extratemporal se manifiesta en que es lo que permanece siempre en todo proceso exhaustivo de reducción fenomenológica.

Existe un segundo modo de vivencia, que conjuntamente con el carácter de inmanente inherente a toda vivencia, posee el de trascendencia, lo cual es paradójico sólo de una forma aparente, pues su carácter trascendente se manifiesta en su estar actual o potencial en la conciencia.

El primer tipo de vivencia es esencial para la aparición de la segunda, sin cuyo soporte esta segunda no se puede dar. Al vivenciar un hecho, lo que se da más directamente en la intuición es la esencia de la propia conciencia; al intuir algo, al "darnos cuenta de algo", lo que se produce de una forma primaria y elemental es el "darnos cuenta", el intuir nuestra propia conciencia, que tiene carácter inmanente y extratemporal. Este "darnos cuenta" es imprescindible para "darnos cuenta de algo", construyéndose así la arquitectura del segundo tipo de vivencia por la superposición sobre la primera de un nuevo acto de intuición, mediante el cual poseemos el *sentido* de ese "algo"; pero esta segunda vivencia tiene carácter trascendente: el "algo" que vivenciamos no es siempre el mismo, sino que por el contrario, es constantemente cambiante.

En el primer modo de vivencia descrito, su carácter inmanente extratemporal hace que su "cualidad esencial" no pueda cambiar y ser sustituida por otra, sino que su esencia, su modo, su "cualidad de ser" es siempre la misma y solamente podrá presentar alteraciones patológicas de tipo cuantitativo, las cuales a su vez determinan una claridad y vigor intuitivo de los estados vivenciales mayor o menor de lo normal, y se pueden presentar como síntoma de múltiples enfermedades, pero no exclusiva, ni típica siquiera, de la esquizofrenia.

En la segunda forma de vivencia se podrían dar dos tipos posibles de alteraciones, que derivan de su carácter trascendente (su inmanencia no indica que estén en la conciencia actualmente, sino que pueden estar en el modo de la potencialidad), y son:

Cualitativas, que se darán cuando adquieran carácter actual vivencias que en el hombre normal transcurren siempre en el modo potencial

De *temporalidad*, también derivadas del carácter trascendente de la vivencia, y estarian dadas por la anormal fugacidad o excesiva magnitud de su estancia en la conciencia actual.

También caben en estas vivencias inmanentes-trascendentes alteraciones cuantitativas, a partir del grado de atencionalidad de que puede estar provista una vivencia actual.

El carácter procesal de la enfermedad estaría determinado por la iluminación existencial de "vivencias extralímites" (por fuera del círculo de vivencias potenciales asequibles al sano) en forma de vivencias no asequibles a nuestra comprensión; el "algo" que vivenciamos, cuando vivenciamos algo, es el paso a nuestra intuición actual de un "algo" que vivimos y del cual poseemos su *sentido*, su esencia; los hechos que vivimos de los cuales no poseemos el "sentido" son vivencias (potenciales) extralímites.

Hasta aquí hemos visto en las líneas anteriormente expuestas lo que la investigación fenomenológica nos señala como la esencia del trastorno vivencial esquizofrénico; ahora bien, hemos apuntado repetidas veces la trascendencia que el carácter de intencionalidad inherente a toda vivencia ha de tener forzosamente para un estudio de las vivencias patológicas, no limitado a una mera descripción de su forma externa, sino lo que es más importante, del contenido de aquéllas, para que de esta manera adquieran un sentido ante nosotros y podamos comprender su significado.

¿De qué nos puede servir la descripción de la forma con que se nos presenta una vivencia procesal si no significa nada para nosotros?

Si no conocemos su contenido intencional, escazo fruto nos será dado recoger del conocimiento externo de una vivencia, o serie de vivencias, dadas en un enfermo, aun cuando dicho conocimiento de la forma vivencial fuera de una exactitud fotográfica, cosa que por otra parte no es posible conseguir, pues es precisamente su incomprensibilidad para nosotros, es decir, el no poder ser dadas en nuestra intuición, lo que le confiere su carácter de procesal.

En el estudio vivencial del trastorno esquizofrénico se perfilan ante nosotros dos etapas a cubrir, las cuales nos indican una sistemática de trabajo. Será necesario, en primer lugar, el aislamiento de las vivencias directamente derivadas del proceso, para lograr lo cual es menester efectuar un proceso de reducción fenomenológica a partir del material de experiencias vivenciales que el enfermo nos ofrece en la exploración, hasta llegar a captar lo originario, lo irreducible, lo que al darse de una manera primaria en la intuición del enfermo no existe posibilidad (al ser sometido a nuestra consideración) de su comprensión como derivado de otro fenómeno más simple. Sobre esta línea de trabajo hacia el aislamiento del trastorno original se desarrollan las investigaciones de ZUCKER anteriormente citadas, y hacia el análisis de las posibilidades que la aplicación de

este proceso de reducción fenomenológica nos sugiere, hemos orientado las consideraciones que a este propósito se han hecho en las páginas precedentes.

La segunda etapa que hemos propuesto en nuestro estudio es el análisis de esas vivencias originales e irreducibles para intentar captar su contenido intencional y llegar a una comprensión lo más amplia posible del alma del enfermo. Nos proponemos buscar el sentido de las vivencias esquizofrénicas, hacernos con su significado, por el estudio de las mismas, mediante la iluminación científico-espiritual, en el sentido estricto de la dinámica del complejo estructural por un lado, y por otro, y al mismo tiempo, a la luz de otro genuino procedimiento de conocer: la analítica existencial.

LA DINÁMICA DEL COMPLEJO ESTRUCTURAL.

La concepción del "complejo" estructural en la vida anímica desarrollada se halla ya implícita en GUILLERMO DILTHEY en su ensayo *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie*. En el sentido de "psicología" comprensiva, ha sido perfeccionada de aguda manera por EDUARDO SPRANGER. SPRANGER no solamente distingue el "comprender" del "explicar" y del "concebir", sino que supera incluso el concepto de comprender como la capacidad de revivir fielmente reproducido del "sér" "subjetivo" de las vivencias y del comportamiento de un alma individual. No se trata ya del concepto de comprender que hemos manejado en el aislamiento de las vivencias procesales, de la reproducción del vivir subjetivo, de la "intuitiva plenitud" de las vivencias del enfermo en nuestra propia alma, sino de la posesión de su "sentido" como elemento inordinado en un conjunto, en una estructura de valores espirituales.

El comprender descansa en la captación de las formas categoriales de conexión del pensamiento, de los nexos de sentido que el pensamiento estampa en el material empírico de las vivencias internas, ordenándolas. El "espíritu subjetivo" del sér individual aparece, con arreglo a esta concepción, configurado y condicionado en alto grado por la existencia de una serie de imágenes, de "valores" de índole supraindividual (como economía, ciencia, arte, religión, estado, sociedad). Pero estos valores espirituales trascendentes no viven de antemano en el individuo de manera consciente. Para comprender al individuo necesitamos saber más de lo que el mismo sabe, pues hay complejos de valores, direcciones de sentido supraindividuales que condicionan la vida subjetiva sin caer en la experiencia subjetiva de sentido. Por ejemplo, el juego de un niño, si lo "comprendemos" como ejercicio realizado en función de actividades futuras de importancia vital, captamos un "complejo de sentido trascendente" que va mucho más allá de lo que es vivencia realmente en el juego.

Vemos, pues, que la comprensión de un alma singular no se puede limitar a la reproducción intuitiva de las vivencias, y los actos, subjetivamente limitados al individuo singular, ni aun añadiendo a nuestro conocimiento del individuo la posesión por nosotros de complejos de motivación (valores individuales) surgidos de las profundidades subconscientes del autovivir (Psicoanálisis y Psicología profunda). Ni la simple biología puede ya contentarse con la admisión de una mera teleología inmanente del organismo en singular, pues nos encontramos en el individuo con órganos y funciones que apuntan hacia algo que está "sobre" él. La comprensión de esa *alma singular* tiene su base en la intuición lo más perfecta posible de sus actos, y de sus estados vivenciales (reducción fenomenológica), y sus más elevados hitos en los valores normativos supraindividuales.

La comprensión de la estructura anímica es concebida por SPRANGER con un sentido dinámico. La evolución anímica es comprendida como un despliegue de la vida anímica individual desde dentro: del espíritu subjetivo, del alma individual, en el espíritu objetivo y normativo de cada época. Cada sér individual muestra una selección propia frente a las condiciones naturales y espirituales de la vida, y condiciona así una dirección particular al atribuir los valores normativos supraindividuales (y así se pueden describir varios tipos humanos: erótico, religioso, económico, etc., etc.); pero al mismo tiempo el individuo es configurado y condicionado por los valores supraindividuales (por el espíritu normativo) que destacan en su época y en su medio. Esta cualidad de la individualidad, de configurada y configuradora, da a cada sér singular una estructura genuina que se acerca a uno u otro de los tipos humanos: económico, teórico, estético, religioso, político y erótico (SPRANGER); (histórico, demonico-nihilista, para JASPERS). Teniendo en cuenta, además, que existe una lucha interna entre los diversos valores, que si bien tienden a estabilizarse en una estructura, es normal en épocas de tránsito de la personalidad (pubertad). De la combinación de este despliegue del alma individual (con valores individuales cuyo fin está en el propio sér, por ejemplo, conservación del individuo) en el espíritu normativo supraindividual surge un proyecto de estructura espiritual, un "proyecto vital" sometido a una categoría determinada.

Esta estructura total psicofísica de la personalidad se descompone, o está constituida, por estructuras parciales, como la totalidad de un proceso psíquico (totalidad vivencial) se descompone en una serie de vivencias o fenómenos más simples.

Las estructuras psíquicas parciales subyacen en las vivencias y son correlativas a ellas: constituyen un armazón de disposiciones y direcciones que actúa sobre las vivencias sin estar adheridas a éstas, es decir, a los fenómenos, sino

que es transfenomenal y trascendente; es decir, subsiste por sí misma, y es el modo que al hombre se le ofrece de conformar su totalidad vivencial. Del mismo modo que la estructura psíquica o espiritual considerada en toda su totalidad (el proyecto vital), es el modo que se le ofrece de configurar su existencia.

LA ANALÍTICA EXISTENCIAL.

Con arreglo a la concepción existencial, el modo fundamental de ser del hombre es "estar -en- el mundo". La relación del sujeto con los objetos no es puramente casual, sino que precisamente esa relación constituye la esencia de la existencia humana, adquiriendo esa relación de sujeto-objeto carácter trascendente.

La existencia humana tiene como característica fundamental en su "modo de ser" ("existenz") el estar trascendiendo su relación con los objetos, el "preguntar por el sér", el "entender el sér" (el captar el sentido de las cosas). Esta necesidad de trascender sus relaciones con los objetos es la *intencionalidad*, y esta intencionalidad que en cuanto a su "modo de ser" tiene el hombre, determina en su existencia la *inquietud* ("Sorge": preocupación, cuidado) como característica fundamental de la misma.

Este "estar -en- el mundo", que en la existencial normal se manifiesta por lo que HEIDEGGER llama "Sorge", es decir, inquietud, preocupación, cuidado, se va a alterar en su estructura fundamental como consecuencia de la aparición de la enfermedad.

EL CUADRO ESQUIZOFRÉNICO.

No se crea que la aplicación de las tesis ontológicas anteriormente citadas al estudio de los trastornos que presenta el enfermo mental son simples florituras especulativas sin ninguna aplicación útil para la clínica, que es, al fin y al cabo, el objeto y la razón de ser de la ciencia psiquiátrica. Nada más lejos de eso; la vida anímica del hombre es la más elevada y compleja manifestación de vida que es dada en el mundo; la posibilidad de un método unitario, de caude unívoco para el estudio de sus problemas, es una vana ilusión. La iluminación científico-espiritual o existencial, no son en modo alguno el único, pero sí un modo de enfocar esos problemas con procedimientos genuinos de conocer, necesarios para la visión de múltiples facetas del suceder psíquico que no son abordables de ninguna manera. Ya hemos visto anteriormente la utilidad práctica que la aplicación de un método de estudio, nacido en los dominios de la filosofía (el método fenomenológico), ha tenido para la rectificación de algunos errores existentes en las antiguas clasificaciones clínicas gracias a la adopción de nuevas perspectivas en la observación de los hechos. La obtención de nuevas conquistas se hará a

plazos más o menos mediatos a partir de los métodos nuevos, pero la razón de su uso está ya plenamente justificada.

Hemos visto antes cómo los complejos estructurales constituyen en el espíritu un armazón de direcciones y tendencias que actúa sobre el material empírico conformando en cada caso la totalidad vivencial. De este modo, la estructura espiritual del individuo agredido por el proceso morboso tendría decisiva influencia en modulación de los diversos cuadros clínicos. Por una parte sus armazones estructurales, por su complejo de direcciones y disposiciones, determinarían que las vivencias en las que cristaliza el trastorno procesal tuvieran contenidos peculiares para cada enfermo, y, por otra parte, las direcciones de sentido de su estructura particular orientarían su "proyecto vital", que condicionaría en cierto modo la diversidad del curso clínico en la evolución de su enfermedad. En este sentido habría que considerar de una gran importancia en la clínica de la esquizofrenia, con amplia repercusión pronóstica y terapéutica, la peculiar estructura de cada enfermo, tanto en un sentido dinámico (las posibilidades de defensa ante el proceso morboso que se le ofrecen al sujeto no pueden ser las mismas en aquél cuyo desarrollo espiritual tiene una vigorosa estabilidad en su estructura, que en aquellas etapas de la vida en que dicha estructura es aún inestable, y los "valores" y direcciones de sentido se disputan la configuración de la personalidad) como en sentido estático, es decir, el tipo hacia el cual se orienta la personalidad del enfermo en cuanto a la dirección de sus valores y a la categoría jerárquica con arreglo a la cual están ordenados. En este sentido los cuadros clínicos (a despecho de una posible variedad estiopatogénica) dependerían en su diversidad del tipo humano del individuo afecto: económico, teórico, estético, religioso, político, erótico, etc. Teniendo este factor decisiva influencia, tanto en la variedad y riqueza de los síntomas como en la gravedad del curso, según el grado de resistencia que cada individuo opone al proceso, aparte, claro está, de la magnitud de la agresión morbosa en cada caso.

Conocemos desde el punto de vista de la analítica existencial a la *inquietud*, a la preocupación, al cuidado, como la esencia de la existencia humana. Y al "inquirir el sér", el "entender el sér" como el modo de ser de dicha existencia (es decir, el estar trascendiendo su relación con los objetos). Estas características fundamentales tienen extraordinaria importancia para que comprendamos el desarrollo del cuadro esquizofrénico; a la luz del análisis existencial y de los complejos estructurales, podremos ver con una mayor claridad muchos de los problemas que la psicopatología de la esquizofrenia presenta y atribuir un sentido a multitud de hechos que se producen en la clínica de esta enfermedad.

El hecho consumado con que en el enfermo

se tiene que enfrentar en el comienzo de su enfermedad, es la vivencia patológica originada directamente por el proceso morboso. Aparece un hecho nuevo en la existencia del enfermo. La *inquietud*, como esencia misma de su existencia, le impide permanecer indiferente, y su modo de ser exige inexorablemente inquirir el sentido de aquel hecho nuevo y adoptar ante él una actitud. Ya tenemos aquí lo que constituye la esencia, o la génesis si se quiere, de un hecho clínico fundamental: *el humor delirante*.

Veamos. El llamado humor delirante no es ni más ni menos que la característica existencial humana ante un hecho nuevo en la experiencia vivencial de un Sér, hecho cuyo sentido no encaja en una estructura espiritual cuyos "valores", cuyas direcciones de sentido, grabadas en su espíritu en el transcurso de su existencia, no dan cabida a la aparición de un sentido "inédito". Existe una desarmonía radical, es menester encontrar un nuevo "valor" (en un momento de la existencia en el que la adquisición de los cuales fué acabada hace mucho tiempo), en el cual pueda adquirir sentido dicha experiencia vivencial inédita, o en su defecto (cosa que incontrovertiblemente ocurre, pues la adquisición de valores está virtualmente acabada) interpretar el nuevo hecho a la luz de su "Existenz", de su capacidad valorativa. Identificar su "sentido" con cualquiera de los existentes en el complejo estructural de su espíritu, por mandato inexorable de su misma existencia, la *inquietud* (preocupación, cuidado), y como consecuencia de ese "sentido" asignado adoptar inevitablemente una *actitud*, una tesitura. Ese humor delirante no es más que la característica existencia del Sér (tanto sano como enfermo), forzando a un espíritu con una estructura constituida a la adjudicación de un sentido a una cosa cuyo valor no posee. Naturalmente, el complejo estructural del enfermo orientará decisivamente ese "sentido", que en cada caso será diverso según su jerarquía de valores, y en consecuencia determinará la actitud (el tipo de delirio ya constituido) de cada uno de los enfermos ante la existencia de su proceso. Pero hay más aún, pues la estructura del espíritu en la dirección de sus valores no sólo determina la plástica de nuestro modo de vivenciar los hechos, sino que limita la posibilidad de ser vivenciados éstos. De la totalidad de hechos que se producen en nuestro vivir, tanto en los límites de la individualidad biológica estricta como fuera de ella, sólo se presentan de modo *actual* en la *intuición cognosciente* los situados en la trayectoria de las direcciones de valores de nuestro espíritu. El complejo estructural de éste condiciona normalmente cuáles de aquellos hechos que vivimos adquieren categoría de vivencias, y limita la adquisición de esta categoría a aquellos hechos cuyo "sentido" coincide con la orientación de dichas direcciones de valores que forman nuestro complejo estructural, modulando éste al mismo tiempo que limita el

contenido, la forma peculiar que tenemos cada uno de vivenciar esos hechos.

En el enfermo esquizofrénico hay un trastorno fundamental en la mecánica de este suceder, surge en la intuición el hecho procesal de forma súbita, adquiriendo categoría de vivencia un hecho no por la orientación (según las direcciones de valores de nuestro espíritu) de la intuición hacia él, sino por la esencia de su carácter morboso. La armonía del suceder espiritual se rompe, se ha introducido una nota extraña en el conjunto armonioso de una sinfonía, la totalidad espiritual queda rota, el espíritu del sér exige la orientación de la intuición hacia los hechos cuya posibilidad vivencial es natural en el suceder de su estructura, pero al mismo tiempo la *presencia actual* en la intuición vivenciente es debatida inexorablemente por el hecho morboso; esta lucha de direcciones es vivenciada por el enfermo como hecho fundamental, será expresada de diferente forma por cada enfermo, pero la recogemos constantemente cuando la exploración es suficientemente precoz, podrán las frases ser diferentes, pero la vivencia de la *pérdida de la integridad del Sér, de agresión del espíritu subjetivo*, la hemos encontrado siempre de una forma originaria e irreductible en la iniciación del proceso. "Siento que me desvanezco, que me pierdo"; otras veces percibimos esa lucha por la posesión de la actualidad vivencial en las frases del enfermo: "Siento dentro de mí como si quisiera ser dirigido por el subconsciente y al mismo tiempo por el consciente" o en otra frase del mismo enfermo: "Quiero las cosas y no las quiero al mismo TIEMPO", y en seguida se percibe la vivencia de la pérdida de la integridad de su sér: "Creo que voy a ser juzgado y entonces rezó el Padrenuestro" (es un enfermo altamente religioso y el "creo que voy a ser juzgado" lleva implícita la vivencia de anonadamiento, de destrucción, de acabamiento). En la última frase citada se ve claramente cómo la vivencia originaria e irreductible determinada directamente por el proceso, de pérdida de su unidad espiritual, de rotura de la integridad de su sér, conduce al enfermo a una *interpretación* delirante, que es lo que de una forma explícita nos ofrece a nuestra observación en la frase que nos refiere.

Ante la vivencia elemental de *pérdida de la integridad de su sér* (originada por la solución de continuidad abierta por el proceso en el cauce unitario por donde el espíritu del enfermo, según su peculiar estructura en la dirección de sus valores, determinaba cuáles de los hechos de su vivir habían de ser iluminados por la intuición actual en forma de vivencias), el enfermo se ve forzado por su característica existencial a dotar esa vivencia inédita de un sentido; dicho de otra forma, a cristalizar en su *conciencia actual* ese hecho extraño que de forma elemental surge en su intuición, en una vivencia actual, dotada por consiguiente de una for-

ma plástica y de un contenido intencional. Ahora bien, normalmente sucede de una forma armónica: la aparición de una vivencia está condicionada por una estructura de valores del espíritu, la cual determina simultáneamente a la aparición de la vivencia su forma plástica y su contenido intencional. En el caso de la vivencia esquizofrénica, el problema inexcusable para el enfermo es el de dotar de una forma y un contenido a un hecho que surge de una forma autónoma en la intuición y de forma inexorable reclama categoría de vivencia actual. Cada enfermo tendrá una manera peculiar, con arreglo a las direcciones de sentido de su espíritu, de vivenciar el hecho morboso, y esa plástica, esa *intencionalidad postiza* que el enfermo se ve forzado a adjudicar a su proceso a medida que el curso de la enfermedad nos va alejando del hecho procesal primario, elemental e irreductible, nos va a ser ofrecida en la clínica en forma más radicalmente diversa, hasta ser imposible de reconocer en los diferentes cuadros clínicos la identidad de la primitiva lesión de espíritu.

Paralelamente a las construcciones vivenciales secundarias, sucede en el curso de la enfermedad un progresivo empobrecimiento existencial, el "modo existencial del Sér"; la intencionalidad, el interés, el inquirir el sentido de las cosas, pierde flexibilidad; la característica existencial del Sér, la *inquietud*, permanece rígidamente dirigida al problema nunca resuelto del hecho procesal. El proyecto vital del enfermo se somete a una suprema instancia, la "conservación de la integridad del Sér", mediante la integración en la totalidad de su sér de las vivencias patológicas, con un *sentido* en las direcciones de valores de su complejo estructural.

En ocasiones, cuando la estructura espiritual del sujeto opone por su solidez gran resistencia a la acción destructora del proceso morboso, y ocasionalmente subsiste una capacidad crítica parcial, es posible percibir (en los primeros momentos de la enfermedad), en lo que el enfermo nos refiere, cómo esta vivencia, ese "empobrecimiento existencial", esa pérdida de flexibilidad en su intencionalidad, en su "interés", en su *inquietud*, rígidamente dirigida en un sólo sentido, aun antes de que se haya iniciado una formación delirante (que precisamente en este tipo de enfermos va a aparecer rápidamente con una estructura más definida) con un sentido concreto. Claro que esta vivencia aparece siempre, cuando existe, más enmascarada en las frases del enfermo, pues es ya una vivencia secundaria, y por un lado, él la experimenta con menos nitidez, pues la vivencia procesal originaria acapara toda su atención, y por otro, su carácter secundario hace que el enfermo nos la ofrezca envuelta en una "interpretación" extraordinariamente variable en cada exploración. Un enfermo nos dirá: "No puedo pensar en lo que quiero, como si no fuera dueño de mí", en cuya frase se inicia una intérpretación

delirante en el sentido de influencia, pero otras veces nos dicen sencillamente "pierdo la memoria" cuando con nuestra pregunta intentamos orientar su atención hacia un incidente baladí de la entrevista anterior, y que por eso "no sabe" lo que le indicamos, así cuando le hablamos de alguna cosa que le dijimos en nuestra anterior entrevista contesta un enfermo "no sé", y después de una pequeña pausa *interpreta* su ignorancia (debida a la debilidad de su interés hacia otra cosa que no sea el hecho morboso) con la frase "es que pierdo la memoria". Este empobrecimiento existencial, que determina la sumisión del enfermo a un "proyecto vital", cuya suprema categoría es la "conservación de la integridad del Sér", lo percibimos siempre de una forma objetiva, aun en la inmensa mayoría de los casos en que no cae en la experiencia subjetiva del enfermo. Así, un enfermo joven, casado cuatro meses antes de iniciarse el proceso, y que en la exploración (en los primeros momentos de la enfermedad, de evolución recientísima) nos dice que "siente que se pierde", a la pregunta: "Al sentir que te pierdes, ¿no piensas con vehemencia en tu familia, en tu mujer, a quien quieras tanto?", nos contesta: "Sí, claro"; pero el poco calor de la respuesta, y la carencia de convicción, nos dan la evidencia del desplazamiento en el interés del enfermo de aquello que hasta poco antes poseía un valor elevadísimo en sus direcciones de sentido espirituales.

Este proyecto vital patológico es el hecho fundamental que determina la eficacia de acción terapéutica que poseen la laboterapia y la psicoterapia de grupo, por ejemplo (en una enfermedad que es totalmente invulnerable a otras formas de psicoterapia), que actúan sustrayendo al enfermo de su proyecto vital por la exaltación de otras categorías de valores. Las posibilidades de una acción terapéutica selectiva hacia los valores espirituales preponderantes en la estructura espiritual de enfermos residuales, por la exaltación de dichos valores, y la destrucción de la estructura que las construcciones secundarias sometidas al proyecto vital morboso ha creado en los enfermos, serían con arreglo a esto extraordinariamente abundantes.

BIBLIOGRAFIA

- GRUHLE. — "Psychologie der Schizophrenie" (con BERZ). Springer, 1930. "Verstehende Psychologie". Thieme, 1948.
 MAYER-GROSS.—Klin. Wschr., 3, 175, 1924. Arch. f. Psychiatr., 87, 30, 1929. J. Ment. Sci., 90, 378, 1944.
 ZUCKER, K.—Arch. Psychiatr., 110, 456, 1939.
 HUSSERL, E.—"Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie", 1913.
 DILTHEY.—Loc. cit. y W.: "Gesammelte Schriften". Leipzig: Teubner.
 SPRANGER, E.—"Zur Theorie des Verstehens un zur geisteswissenschaftlichen Psychologie". Wolke-Festschrift, 1918: sobre su relación con DILTHEY, MAX BERZ y JASPER, véase "Sitzungsberichte der preussischen Akademie der Wissenschaften", 1926, pág. 172 y ss.
 HEIDEGGER.—"Seint und Zeit", 3 Auflt. Halle a. d. s., 1931.
 MINKOWSKY.—Arch. Suiss. de Neur. et Psychr., 1928.
 LÓPEZ IBOR, F. F.—Actas Esp. Neurol. y Psiquiat., 2, 1 marzo 1941.
 BILBULER, M.—Actas Esp. Neurol. y Psiquiat., agosto 1947.
 DE LA VEGA, P.—Actas Luso Esp. Neurol. y Psiquiat., abril 1949.

SUMMARY

Present progress in the investigation of the phenomena apparent in schizophrenic complexes, studied from various different angles, is described, together with the results obtained. In the first place attempts are made to discover the original pathological sub-conscious complex on which the main treatment must be based. Secondly a clinical study of this disturbance of the sub-conscious is made from the structural psychology and existential analysis angles. Finally the prognoses and therapeutic possibilities are deduced from the data included in this work.

ZUSSAMMENFASSUNG

Der heutige Stand der phaenomenologischen Wissenschaft bei den schizophrenen Erleben sowohl, was die verschiedenen Arbeitsrichtungen als auch was die erzielten Ergebnisse anbetrifft, wird festgelegt. Zunächst hat man die Absicht, das originäre krankhafte Erleben zu erfassen, was gleichzeitig die grundlegende

Behandlung der Krankheit ergäbe. In zweiter Linie wird dieses krankhafte Erleben klinisch untersucht, indem man vom Standpunkt der strukturellen Psychologie und der existentiellen Analytik ausgeht. Zum Schluss kommt man auf die prognostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu sprechen, die sich auf Grund der in der Arbeit enthaltenden Standpunkte ergeben.

RÉSUMÉ

On signale l'état actuel des recherches phénoménologiques des vivances schyzophréniques, quant aux différentes directions et résultats obtenus.

D'abord, on prétend arriver à la possession de la vivance morbide originale qui constituerait le traitement fondamental de la maladie; ensuite on fait une étude clinique de cette altération vivancielle considérée du point de vue de la psychologie structurale et analytique existentielle. Finalement on déduit les possibilités pronostiques et thérapeutiques des points de vue contenus dans le travail.

NOTAS CLINICAS

LAS CRISIS ECLAMPTICAS EN LOS HIPERTENSOS ARTERIALES

C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Clínicas Médicas de la Facultad de Medicina y del Hospital Provincial.

Aparece la sintomatología bien conocida que comprendemos con los nombres de eclampsia, seudouremia eclámptica, equivalentes eclámpicos, etc., en diversas circunstancias clínicas que hemos englobado en el "síndrome isquémico maligno"¹; éste puede ser agudo y reversible, como ocurre en las nefritis agudas que pueden curar, o en la gestosis de la segunda mitad del embarazo (eclampsia gravídica), o aparecer como un síndrome de evolución progresiva y fatal en la hipertensión maligna y en las nefritis de evolución maligna, subaguda o crónica.

El cuadro eclámpico puede tener diferentes grados de intensidad; en ocasiones se manifiesta como crisis o ataques con una sintomatología cerebral, focal, o simplemente con los caracteres del ataque epiléptico. Así, puede tratarse de una pérdida brusca del conocimiento acompañada de convulsiones clónicas e hipertonia, mordedura de lengua, incontinencia de esfínteres, etc., que pasa sin dejar residuo (epi-

lepsia hipertensiva), o bien, dominando el fenómeno focal, presentarse como una paresia (mono- o hemi-), afasia transitoria, hemianopsia, crisis migranoide con aura oftálmica o vértigos menieriformes. En otros casos el cuadro isquémico-maligno, aparte de estos equivalentes eclámpicos, presenta síntomas persistentes de fondo: hipertensión intracraneal con cuadro de seudotumor, estasis papilar asociado a otras alteraciones de la retinitis albuminúrica o vasopática, o bien sólo como puro edema de la papila, conforme hemos podido ver, aunque excepcionalmente, en algún caso; este conjunto corresponde a lo que OPPENHEIMER y FISBERGH² llamaron la encefalopatía hipertensiva.

Cuando los accidentes enumerados antes como eclámpicos cursan dentro de un cuadro de hipertensión intracraneal y fenómenos retinianos, como ocurre la mayor parte de las veces en la eclampsia gravídica y en las nefropatías, el diagnóstico del síndrome isquémico se impone por sí mismo. Es solamente discutible cuál puede ser su mecanismo, si una reacción isquémica por la arteriopatía, acentuada por crisis espásticas, o más bien según la antigua tesis de TRAUBE, revalorizada por VOLHARD por el edema cerebral. Nuestro punto de vista, otras veces analizado³, es que ambas hipótesis no se oponen totalmente; es evidente la exis-