

There are other less frequent forms; some are reviewed very briefly and others are not even mentioned because the writers did not come across them. Apart from this, the clinical picture may be masked by the presence of other digestive condition whose symptoms may supersede or change those typical of the ulcer.

ZUSAMMENFASSUNG

Wir fanden ungefähr 11 % Ulkuspatienten, deren subjektive Symptomatologie völlig atypisch und verschieden ist im Gegensatz zu den normal auftretenden Krankheitsbild.

Wir bringen hier die am häufigsten auftretenden Formen: Dyspepsie, Blutungen, Pseudocholecystopathie, Pseudotumor, Fieber und Symptomfreiheit.

Es bestehen noch andere Formen, die seltener sind; einige derselben sind von uns oberflächlich studiert worden, andere haben sich bei unseren Untersuchungen nicht gezeigt. Außerdem kann das klinische Bild noch durch

eine andere Verdauungskrankheit überlagert werden, wodurch die typisch ulcerösen Symptome verdrängt oder entstellt werden.

RÉSUMÉ

Il y a presque un 11 % d'ulcéreux dont la symptomatologie subjective est totalement atypique et différente de celle que l'on trouve dans la plupart de ces malades.

Nous avons exposé les formes que nous semblent les plus fréquentes, c. à. d. dispeptique, hémorragique, pseudocholecystopathique, émétisante, pseudonéoplasique, fébrile et asymptomatique.

Il existe d'autres formes moins fréquentes; nous avons revisé très sommairement les unes, les autres nous ne les avons pas mentionnées, car nous ne les avons pas trouvées dans notre expérience. A part cela, le tableau clinique peut être masqué par l'existence d'une autre maladie digestive, dont les symptômes les situent en second plan ou défigurent les typiquement ulcéreux.

NUEVAS PERSPECTIVAS DEL MÉTODO FENOMENOLOGICO EN PSIQUIATRIA. APLICACION A LA PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA

J. R. CANO HEVIA.

Profesor Ayudante.

Catedra de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Profesor: Doctor D. JOSÉ M. VILLACIAN.

EL MÉTODO FENOMENOLÓGICO Y LA CLÍNICA.

Hace algún tiempo iniciamos un camino de investigación fenomenológica a propósito de un estudio de la clínica de la esquizofrenia que inexorablemente, y sin nosotros proponérnoslo, hubimos de ir ampliando a diversos grupos de psicosis. Súbitamente en el curso de nuestra línea inicial de trabajo, y sin deliberado cambio de dirección por nuestra parte, nos encontrábamos enfrentados de forma sorprendentemente ineludible con la necesidad de ir ampliando nuestro campo de investigación más y más cada vez, y en el transcurso del tiempo lo que comenzó como un estudio clínico de la esquizofrenia, fué paulatinamente germinando hasta nuestra concepción actual de la fenomenología de las psicosis.

Esta necesidad de ampliación de nuestro campo de estudio fué consecuencia de una radical imposición de la realidad clínica, en la que la

presencia de las psicosis mixtas, que cada vez con más frecuencia se cruzaban en nuestro camino, nos iba obligando a considerar de forma sucesiva, y a medida que se presentaban, la existencia de nuevos factores, dependientes de otros grupos de psicosis, y que enclavados en el proceso esquizofrénico era preciso valorar y determinar exactamente en cuanto a su intervención en la fenomenología peculiar del cuadro clínico, si no queríamos ver destruido el valor heurístico de los principios de los cuales habíamos partido.

Ya en otras ocasiones, y a lo largo de una serie de trabajos, al enfrentarnos con múltiples problemas de psicopatología y clínica de índole diversa, hemos propugnado como de capital importancia el reajuste de la fenomenología psiquiátrica a cauces conceptual y metódicamente rigurosos. Es quizás la fenomenología la que únicamente nos puede proporcionar un sólido punto de arranque a una línea, acaso la más auténticamente penetrante de la investigación. El estudio del fenómeno psíquico como hecho fundamental, su singular estructuración dinámica, es lo que nos puede proporcionar la base firme para un más amplio desarrollo científicamente riguroso de la psicopatología.

Es el fenómeno psíquico, la vivencia, el hecho capital del que arranca la clínica, y el captar las vivencias patológicas que el enfermo exhibe constituye la meta a la cual hemos de dirigir nuestro esfuerzo primario, ya que si no conseguimos visualizar el paisaje vivencial del enfermo no podremos efectuar la tarea que la

determinación diagnóstica y el consecuente proceder clínico nos impone a cada instante.

La psicopatología constituye la teoría de la clínica; para que nos sea posible adoptar una actitud ante los hechos, es preciso poseer una concepción de los mismos, poseer su significado, o más exactamente, que tengan para nosotros un significado. No es posible hacer clínica sin que poseamos un concepto, sea el que fuere, a propósito de las peculiaridades anímicas que el enfermo va a mostrar ante nuestros ojos en la singular manera de manifestarse su enfermedad. Y es precisamente el conocimiento, la teoría de la enfermedad, lo que determina los cauces por los que se ha de canalizar para que se plasme en una eficacia real, merced a nuestra destreza, ese profundo anhelo de saber que en el clínico vocacionalmente consagrado a su tarea se renueva a cada momento por el íntimo desasosiego sentido en el fondo de su ser ante los que, consagrados a su cuidado, se mueven en ese límite incierto y terrible de la existencia que llamamos enfermedad.

No hemos de citar una vez más la participación del método fenomenológico en la determinación nosológica y clínica de la ciencia psiquiátrica: su savia vivificadora impregna en la actualidad los ámbitos enteros de la psicopatología. Es preciso, sin embargo, esforzarse una vez más en determinar de modo radical qué y hasta dónde podemos exigirle a la fenomenología y qué representa esto dentro de la psicopatología, pues precisamente es consecuencia de un arranque conceptual y metódicamente vacío de rigor y por ende es la inadecuada utilización de los métodos lo que determina el estéril estancamiento de un método de investigación, que por su precisión y hondura requiere las máximas exigencias de cuidado en su manejo.

El método fenomenológico sólo puede proporcionarnos una descripción del fenómeno del conocimiento. En consecuencia, tiene sólo una función preparatoria; su misión es no la solución de los problemas pendientes en la psicopatología, sino conducirnos hasta ellos. Sobre la base de esta descripción fenomenológica, hay que intentar una explicación e interpretación psicológica, que será en definitiva la que nos podrá proporcionar una concepción de los hechos, una "teoría", ya que la fenomenología es un método, pero no una teoría psicológica. Si puede y debe, sin embargo, la fenomenología descubrir los problemas que se presentan o puedan presentarse en el fenómeno del conocimiento; una vez que nos hemos hecho cuenta de dichos problemas, y a partir de ahí, rebasamos los límites de la fenomenología, y en el intento de explicación de dichos problemas nos introduciremos de lleno en una interpretación y explicación psicológica o filosófica, según los casos, pero habremos desbordado lo puramente fenomenológico. Pero hasta ese punto descriptivo, en su sentido más profundo, debemos lle-

gar, so pena de despreciar la casi totalidad de las posibilidades del método.

La fenomenología es una ciencia puramente descriptiva de las vivencias intencionales, pero no es correcto suponer que su carácter descriptivo la limite a una mera notación seriada de las vivencias que vamos intuyendo. Eso no es más que el paso inicial o el más simple de dicha labor descriptiva. La descripción del fenómeno psíquico, amparada en esa concepción de lo que sea fenomenología, es ya completamente estéril; ciertamente, el mero hecho de la introducción en psicopatología del concepto "vivencia", y su utilización en la clínica, ha producido abundantes frutos. Bástenos citar el criterio de incomprendibilidad de los síntomas, mediante el cual ha sido posible rectificar señalados errores que las clasificaciones clínicas poseían desde KRAEPELIN para acá, y merced al cual nos es posible determinar en muchos casos, en nuestra labor diaria, el carácter de procesos o de simple desarrollo de aquellos cuadros clínicos en los que por la poca evidencia sintomática, claramente orientada en uno o en otro sentido, nos es preciso volcar toda nuestra sagacidad clínica para poder hacer en determinados momentos quizá un diagnóstico precoz con las trascendentales consecuencias que esto supone para la evolución del curso posterior de la enfermedad.

Pero es indudable también que esta faceta primaria de la fenomenología ha dado de sí todo lo que admiten sus máximas posibilidades, y es por esto que señalábamos en uno de nuestros anteriores trabajos, cuando nos referíamos al estado actual de la investigación fenomenológica intentando sentar las bases para la formulación de la, a nuestro juicio, imperiosa necesidad de apurar el rigor conceptual y metodológico, cómo la investigación fenomenológica había llegado a un punto muerto, que se manifestaba en la línea más ortodoxa, representada por la escuela de Heidelberg, con GRÜHLE y MAYER-GROSS a la cabeza, por la discrepancia en la limitación de los síntomas primarios de la esquizofrenia, e interpretábamos dicha situación como la consecuencia directa de no haber intentado el someter los síntomas recogidos en la clínica a un proceso de reducción fenomenológica.

Destacábamos entonces también cómo la limitación del método fenomenológico, considerando su carácter descriptivo como una mera descripción de superficie o notación de las vivencias o series de vivencias, con sus enlaces externos, sin penetrar en lo que realmente sería la auténtica función descriptiva del método, es decir, la descripción de la estructura y dinámica íntima de las vivencias, lleva a ZUCKER, representante de otra de las líneas más caracterizadas de la investigación fenomenológica, a considerar trascendentales y exclusivas las alteraciones del componente meramente "noético"

o formal de las vivencias, y por ende lo referente a su tiempo de paso en la conciencia actual, olvidando que lo verdaderamente importante es en realidad la cualidad o esencia de las vivencias y la indudable primacía que en las vivencias originadas por la enfermedad ha de tener la alteración del componente "hylético" o sensual de las mismas.

El estudio de las vivencias morbosas que se dan en el enfermo mental poseen para la psicopatología un extraordinario interés. Este estudio de la vivencia, del fenómeno psíquico, puede hacerse: 1.º En su estructura. 2.º En su dinámica.

ESTRUCTURA DE LA VIVENCIA.

Una atenta autorreflexión nos va a mostrar cómo en el acto vivencial más simple y elemental, en el que aparentemente nos parece encontrarnos con lo más primario, lo más genuinamente originario y germinal, el elemento último y más sencillo en el complejo proceso del pensamiento humano, existe una estructuración interna en la cual "coexisten", o "existen" a su vez, dos modos de vivencias, una de ellas es esencial e inmanente y extratemporal e imprescindible para la aparición de la segunda, cuya principal característica, desde el punto de vista de su permanencia en la conciencia, la constituye su carácter temporal. Supongamos para la comprensión del modo de dependencia mutua que poseen estas vivencias o "subvivencias" el siguiente ejemplo, en el cual se puede observar un modo de dependencia y relación análogo al que queremos exponer:

Si nos suponemos rodeados de múltiples objetos materiales y visibles, pero sumergidos en completa oscuridad, la súbita aparición de la luz hace posible que se visualicen ante nosotros la diversidad de los accidentes externos que en las tinieblas nos circundaban, del mismo modo que cuando hecha la luz ya son patentes a nuestra conciencia. Colocados en las peripecias y circunstancias externas más dispares, y rodeadas por tanto de distintos objetos materiales y sensibles, se hace imprescindiblemente preciso, para que se hagan patentes a nuestros ojos los objetos que nos rodean, la coexistencia originaria y pristina de la luz, y para que poseamos la visión de un objeto externo es imprescindible no sólo que exista la luz, sino que la veamos, y vemos los objetos porque simultáneamente vemos la luz, pues la visión de ésta es esencial e inmanente a la visión de cualquier objeto. Es en realidad, en el sentido de su importancia, la visión de la luz el acto primero y esencial para que la función óptica sea posible, y sobre este primer acto se construye en realidad el acto total y acabado de la visión de cualquier objeto, constituyendo, sin embargo, todo acto de visión un acto perfectamente homogéneo y simple.

De la misma manera, si estudiamos la vivencia mediante la autorreflexión, tratando de aprehender los rasgos generales de su estructura, vemos que en toda vivencia lo que se da más directamente en la intuición es la esencia de la propia conciencia al vivenciar algo, *al darnos cuenta de algo*; lo que se produce de una forma primaria y elemental es "el darnos cuenta", la presencia en la intuición de nuestra propia conciencia, que posee 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", estando de ese modo todo acto vivencial constituido en realidad por dos vivencias o subvivencias inseparables: una, subyacente, primaria y esencial inmanente, y otra, compuesta por la adición a ésta de un nuevo dato: el "algo" aparecido en la intuición cuando nos damos cuenta de algo. Este "algo", a diferencia de la vivencia de la propia conciencia, no es esencial ni inmanente, sino que es variable y múltiple, es trascendente en sí: el "algo" que vivenciamos es distinto en cada ocasión y por su adición se produce el segundo modo de vivencia, la cual es constantemente cambiante. Este segundo modo de vivencia, esta vivencia acabada, constituye, al igual que el acto de visión de un objeto, un acto perfectamente simple y homogéneo.

DINÁMICA DE LA VIVENCIA.

La vivencia es, como sabemos, el acto psíquico fundamental. La vivencia es siempre vivencia de algo; ese algo no es la vivencia misma, es simplemente eso, el algo que vivenciamos. Si poseemos la vivencia de "darnos cuenta de ser de noche", el ser de noche es el algo que vivenciamos, pero no es en modo alguno la vivencia, es el "objeto" de la vivencia. Toda vivencia posee, pues, un objeto, pero esta vivencia se produce en nosotros, luego en toda vivencia existe también un sujeto. Si en toda vivencia existe un dualismo irreducible, representado por el sujeto y el objeto, y ninguno de ellos es la vivencia, ésta es algo distinto de ambos, pero que en cierto modo les une de alguna manera, ya que entre la infinita cantidad de objetos posibles (reales o ideales) en cada vivencia concreta, existe una cierta relación entre un objeto determinado y el sujeto. Al "darse cuenta de que es de noche", existe una cierta aproximación o relación entre el sujeto que se da cuenta y la noche y no entre el sujeto y una silla o entre el sujeto y otro objeto cualquiera, es decir, en cada vivencia encontramos frente a frente la conciencia del sujeto y un objeto, y en una vivencia determinada encontramos enfrentados el sujeto y el objeto. Entre estos dos términos de la serie, tiene que surgir indudablemente una

dinámica que determine la existencia de la vivencia. Si colocados frente a frente permanecen estáticos, si no se establece entre ellos ninguna relación, si nada cambia en el sujeto y nada acontece en el objeto, no hay vivencia, ya que como el estar frente a frente no se refiere a relación de espacio físico ni de distancia, pues es evidente que a veces *estamos frente* a un objeto que está a inmensa distancia o que no es mensurable por no ser un objeto físico. En el caso de que no fuera necesaria esa relación dinámica que surge entre sujeto y objeto para la vivencia, tendríamos que estar viviendo al mismo tiempo todos los objetos posibles. Si vivenciamos en un momento determinado "algo", se establece una relación entre ese "algo" y nosotros, relación que no se establece con otros "algos" en aquel determinado instante. Colocados así frente a frente el sujeto y el objeto, ¿cuál es la dinámica del fenómeno psíquico? ¿Cómo surge la vivencia? Vamos a examinar los dos términos, sujeto y objeto, para ver si nos es posible descubrir la dinámica de la relación que los une.

Si examinamos al sujeto vemos que su función consiste en aprehender al objeto, así como la de éste en ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. En esta aprehensión el objeto no es arrastrado, empero, dentro de la esfera del sujeto, sino que permanece trascendente a él. No en el objeto, sino en el sujeto, cambia algo por obra del fenómeno psíquico. En el sujeto surge una cosa que contiene propiedades del objeto: surge la *imagen del objeto*. Vista desde el objeto, el fenómeno se presenta como la transferencia de algo al sujeto: la transferencia de su imagen. Para que esto sea posible, es evidente que el sujeto ha de portarse receptivamente frente al objeto, pero al mismo tiempo la conciencia contribuye a engendrar la imagen del objeto, de modo que la vivencia supone la existencia de estos dos factores por parte del sujeto: receptibilidad ante el objeto y espontaneidad y actividad frente a la imagen del objeto. Estos dos factores definen, pues, la intervención del sujeto en la aparición de sus vivencias; la vivencia morbosa directamente derivada del proceso estará determinada por la alteración (consecuencia de la enfermedad) de la intervención del sujeto en la producción de sus vivencias, ya que en él radica la enfermedad. Esta intervención del sujeto en el fenómeno psíquico está determinada, como hemos indicado, por dos actitudes simultáneas: receptibilidad ante el objeto y actividad y espontaneidad ante la imagen del objeto. Como consecuencia de esta especial tesitura surge la vivencia, la cual hemos descrito como dotada de una estructura en la cual subyacen, a su vez, dos modos de vivencia distinta: una primera vivencia inmanente, trascendente (vivencia de la propia conciencia—el darse cuenta—), y una segunda, construida sobre aquélla por la fusión de las dos y mediante

la adición de un "algo" (un objeto o, mejor, una imagen).

Teniendo en cuenta estos datos que la investigación fenomenológica nos proporciona, las vivencias originarias que se deriven directa e inmediatamente de la intervención del proceso, dependerá en sus peculiaridades de alteraciones en la dinámica de su producción o de su estructura. El aislamiento de la vivencia pura originaria, directamente determinada por la enfermedad en la intuición del enfermo, es de importancia capital. Los cuadros clínicos ya constituidos exhiben un conjunto de síntomas incomprensibles para nosotros en número a veces exuberantemente abrumador. Estos síntomas, estas vivencias, nos ofrecen el panorama externo del desenvolvimiento anímico de un sujeto que efectúa sus procesos mentales con un material primariamente alterado. Por eso en muchos casos, aun cuando intentemos comprender los síntomas que el enfermo exhibe ante nosotros, no nos es posible; pero si nos fuera posible poseer en nuestra experiencia interna, en cada caso, la vivencia morbosa originaria, cuyas anomalías no se puedan considerar derivadas de ninguna otra cosa que no sea el proceso, nos serían con toda certeza comprensibles los síntomas del enfermo, como términos finales de series de vivencias secundarias, que sucesivamente van determinando nuevas y distintas modulaciones plásticas en las manifestaciones clínicas y cuya anomalía y diversa originalidad depende en todas ellas no del síntoma constituido en sí, sino del primer término de la serie, es decir, la vivencia originariamente morbosa alterada dinámicamente y estructuralmente. Son, pues, no los síntomas del cuadro clínico constituido, sino las alteraciones originadas directamente por la enfermedad, en la dinámica o en la estructura del fenómeno psíquico, las que tienen, como ya hemos repetido en otros trabajos, un extraordinario interés.

La investigación fenomenológica nos ha mostrado el fenómeno psíquico, la vivencia, como dotada de una estructura en la cual coexisten dos modos distintos de vivencia, antes descritos, y surgido todo ello merced a una dinámica en la cual la intervención del sujeto está definida por dos factores (receptividad ante los objetos y actividad ante la imagen de los objetos). Analicemos sintéticamente las anomalías posibles, tanto en la estructura como en la dinámica de las vivencias, así como su expresión clínica.

ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA.

En lo que se refiere a la estructura de la vivencia, vemos que en el primer modo de vivencia descrito su carácter inmanente-extra-temporal hace que su calidad esencial no pueda cambiar ni ser sustituida por otra, sino que su esencia, su modo, su "cualidad de ser", es siempre

la misma y solamente podrá presentar alteraciones patológicas del tipo cuantitativo, las cuales a su vez determinarán una claridad y vigor intuitivo de los estados vivenciales mayor o menor de lo normal, lo cual se puede presentar con síntoma de múltiples enfermedades. Así una alteración cuantitativa, en el sentido de disminución, se encuentra en todos los procesos orgánicos de cerebro "demencias orgánicas", en los estados confusionales, en todas las psicosis mixtas en las que participa un proceso orgánico, junto al síndrome central, y en el sentido de aumento en las fases maníacas de las psicosis maníaco-depresivas.

En la segunda forma de vivencia se podrían dar dos tipos de alteraciones que derivan de su carácter trascendente, es decir, de su posibilidad de cambio, de la constante variación del "algo" que vivenciamos, y son:

De temporalidad. — Estarían dadas por la anormal fugacidad (como ocurre en los estados confusionales y en la fuga de ideas) o excesiva magnitud de su estancia en la conciencia actual (melancolía, síndromes epilépticos).

Cualitativas. — Que se darán cuando adquieran carácter actual "vivencias" "extralímites" (por fuera del círculo de vivencias potenciales asequibles al sano), en forma de vivencias no asequibles a nuestra comprensión. El "algo" que evidenciamos, 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", no pasan a nuestra intuición: son vivencias potenciales extralímites. Una grave y persistente alteración cualitativa de este tipo es peculiar de los procesos esquizofrénicos y de ella deriva el singular carácter de extrañeza que exhibe la clínica de los mismos. Igualmente constituye la génesis de numerosos síntomas psicóticos, tales como perplejidad, humor delirante, alteraciones del pensamiento, etcétera (*).

ALTERACIONES DE LA DINÁMICA.

Si analizamos la dinámica del fenómeno en cuanto a la tesitura del sujeto en el acto de la vivencia, tendremos las posibles alteraciones:

Alteraciones de la receptividad ante los objetos. — Es posible, en primer lugar, un aumento de receptividad; el aumento del número de objetos que pueden pasar a nuestra intuición en forma de vivencias determina, por una parte, una gran variabilidad de las vivencias, y por otra, el que las posibilidades vivenciales se extiendan a más amplios límites (en sí, a esta alteración no podemos adjudicarle carácter patológico, si bien secundariamente si coexisten, por ejemplo, con un trastorno de la temporalidad de las vivencias—una anormal fugacidad—,

puede determinar la aparición de síntomas patológicos tales como fuga de ideas).

La receptividad puede estar también disminuida, abarcando un número muy limitado de objetos. En la clínica nos es dable observar esta receptividad disminuida y, por ende, la limitación de las vivencias y, subsiguientemente, del curso del pensamiento a límites muy reducidos, de forma primaria, en las oligofrenias y secundariamente en todos los estados demenciales (téngase en cuenta que al decir objeto nos referimos a objetos reales o ideales, con existencia física o no, es decir, "objetos" de vivencias y no a objetos sensibles, los cuales en la extraordinaria complejidad de las posibilidades del suceder anímico representan una porción exigua).

Alteraciones de la actividad ante la imagen. La actividad ante la imagen supone la inclusión en los datos tomados del objeto, de elementos procedentes del sujeto: con la fusión de ambos se construye la vivencia. La actividad ante la imagen puede alterarse en el sentido de hiperactividad o de hipoadaptabilidad. La hiperactividad ante la imagen es acaso la alteración vivencial más frecuente y genuina de la fenomenología de las psicosis y desde luego existe siempre en las fases agudas de cualquier enfermedad. Esta participación masiva de elementos subjetivos la encontramos en todos los procesos agudos, y según el tipo de alteración en cuanto a la estructura de la vivencia con la cual coexiste, determinará los más variados síntomas; si coexiste, por ejemplo, con una alteración cualitativa de las vivencias en el sentido que antes hemos expuesto de "vivencia extralímite", de un "algo", de un objeto, del cual el enfermo no posee el "sentido" determinaría por la adjudicación a ese "algo" de un sentido falso, de una intencionalidad postiza, la aparición de un delirio mediante la construcción de series vivenciales secundarias, impregnadas todas ellas de hiperactividad del sujeto. Si la hiperactividad es masiva y repentina sobre una vivencia concreta determinará la aparición de alucinaciones o pseudopercepciones, según se efectúe la impregnación de subjetividad sobre una vivencia cualitativamente anómala o sana. Análoga intervención de la subjetividad en el sentido de hiperactividad en la formación de la imagen se encuentra en los falsos reconocimientos de la manía y de otros cuadros psicóticos agudos.

Finalmente, la actividad en la formación de la imagen puede estar disminuida. Esta alteración se suele presentar en la clínica paralelamente a la disminución de la receptividad ante los objetos; da la impresión de que en el descenso del nivel psíquico se produce una disminución total y simultánea de la intervención del sujeto en la producción de sus vivencias, tanto en lo que se refiere a su receptividad de los objetos como en lo que atañe en la formación de la imagen de los mismos.

(*) Véase el trabajo *La vivencia esquizofrénica*. REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA, 15 de febrero de 1952.

LA FENOMENOLOGÍA COMO OBSERVACIÓN Y DESCRIPCIÓN EN LA CLÍNICA.

Si tenemos de este modo limitadas las alteraciones primarias posibles en la producción de las vivencias, bien por las anomalías de su estructura o bien en la dinámica de su producción, nos será posible, por el hallazgo en la clínica de estas alteraciones originales, determinar la existencia del agente morboso en actividad, ya que tenemos que admitir la acción de algo no existente en el hombre sano y que es responsable en el enfermo mental del peculiar desenvolvimiento y estructuración de sus fenómenos psíquicos, y al mismo tiempo la ausencia de estas alteraciones fenomenológicas descritas, aun persistiendo alteraciones residuales, nos marcará el momento, pasada la fase activa de la psicosis—en la cual el desconocimiento de la etiología sólo hace posibles los tratamientos en empíricos—, en que la acción psicoterapéutica ha de poseer su máxima eficacia, y al mismo tiempo el conocimiento de dichas alteraciones habidas nos orientará las posibilidades de una acción terapéutica racional sobre el cuadro residual si, conociendo el punto de partida de las anomalías que el enfermo exhibe, y mediante el estudio individual de la peculiar estructura espiritual del enfermo en cada caso, juntamente con las peculiaridades anímicas surgidas del fondo del ser, nos es dable desentrañar la génesis y desenvolvimiento de sus construcciones vivenciales secundarias hasta llegar a cuajar en la plástica de cuadros clínicos.

No se piense que en los métodos cuyo desarrollo hemos descrito su mérito principal radica en poder elevarse a una tan gratuita y prodigiosa como estéril actitud especulativa. La utilidad de los caminos fenomenológicos de investigación abarca todas las dimensiones de la clínica, como ya nos hemos esforzado en exponer con profundidad y extensión variable en otros trabajos publicados por nosotros (*) sobre la misma línea de investigación a propósito de la clínica de la esquizofrenia, así como de las psicosis de involución y del grupo de las llamadas psicosis seniles. Bien cierto es que la clínica como meta final de nuestros afanes no es posible circunscribirla en los límites de la fenomenología y al mismo tiempo es evidente la trascendencia de la investigación psicopatológica, en la determinación nosológica de las enfermedades mentales, aun contando con la divergencia de la investigación (consecuencia ineludible y directa de ser la vida anímica del hombre la más elevada y compleja manifestación de vida que es dada en el mundo). Pero también es bien cierto que es la fenomenología solamente la que nos puede anticipar una observación y descripción correcta de la realidad de los hechos que

queremos estudiar. Veamos a propósito de uno de los grandes grupos de psicosis (actualmente en estudio por nosotros), la psicosis maníaco-depresiva, un exponente del panorama que nos proporcionan las nuevas direcciones fenomenológicas.

Si consideramos que la clínica nos muestra la manía y la melancolía como dos cuadros alternantes en un mismo enfermo, es menester indagar la existencia entre los dos de un factor común. Clásicamente se definen los dos síndromes por los siguientes síntomas fundamentales: tristeza, inhibición motora y pensamiento inhibido, para la melancolía; alegría, exaltación y pensamiento ideo-fugitivo, para la manía. Fenomenológicamente se observa en la melancolía una disminución de la receptividad ante los objetos; éstos se encuentran circunscritos a un número de objetos comprimidos cada vez en límites más exiguos, a medida que la fase melancólica adquiere más intensidad. En la manía se observa, por el contrario, una ampliación de la receptividad, ante un número de posibles objetos de vivencias, cada vez de más amplios límites. Sin embargo, ambos cuadros clínicos nos exhiben unas vivencias hondamente impregnadas de afectividad, de sentimiento (del sujeto, naturalmente), lo cual nos demuestra que la actividad del sujeto en la formación de las imágenes está exagerada por encima de lo normal, es decir, que fenomenológicamente lo que une a estos dos síndromes es la hiperactividad del sujeto ante la imagen de los objetos.

Si la subjetividad está matizada en el momento de producirse una vivencia determinada por un colorido triste, la imagen construida con una desproporcionada cantidad de elementos extraídos del sujeto, estará sobrecargada con estos materiales del propio ser del enfermo e impregnada por tanto de la tristeza que le caracteriza en ese momento, y determinará, como consecuencia de esa sobrecarga, la aparición de vivencias empapadas de esa tristeza aportada por el sujeto y en consecuencia las series vivenciales surgidas a partir de esa primera vivencia originaria, están "comprendiblemente" enlazadas con el primer término de la serie, es decir, el suceder anímico subsiguiente, discurrirá por cauces vivenciales deprimentes y gravosos para la subjetividad del enfermo. Es forzoso suponer también que a partir de estas series vivenciales secundarias, impregnadas de tristeza, y teniendo en cuenta la sustancial unidad anímica del ser, la subjetividad se sienta nuevamente trasfundida de aquélla. De este modo tendremos establecida la continuidad de un sentimiento que constituye un síntoma capital de la melancolía: la tristeza.

Del mismo modo podemos intentar "comprender" las otras alteraciones sintomáticas de la clínica de la melancolía, por ejemplo, la inhibición del pensamiento. Como la alteración en la dinámica de la producción de sus vivencias, en

(*) *La vivencia esquizofrénica. REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA, 15 de febrero de 1952. Modalidad fenomenológica de la edad involutiva y Alteraciones vivenciales de la senilidad. III Congreso Nacional de Psiquiatría.*

el sentido de hiperactividad ante la imagen, es el trastorno fenomenológico característico de la psicosis-maníaco-depresiva (pues es el que se encuentra siempre en estos enfermos, tanto en la fase maníaca como en la depresiva), y como esta hiperactividad ante la imagen determina que ante cualquier hecho u objeto posible de vivencia ésta si se produce ha de ir cargada de un matiz penoso, sea lo que sea lo que se constituya en objeto de vivencia, el sujeto disminuye su receptividad ante los posibles *objetos* intentando limitar así la producción de vivencias penosas. En cuanto a la inhibición motora, es la expresión armónica de este peculiar suceder anímico, pues inexorablemente la unidad psicofísica del ser hace que los diferentes estados de cada una de las capas de la persona viertan en los otros no solamente en la motórica externa, sino en las reacciones del sistema autónomo. Es evidente también que el origen de la situación especial del enfermo puede, por razón de esa unidad psicofísica, radicar en cualquier estrato y revertir, como los vasos comunicantes, en el resto de la persona. Pero fenomenológicamente se hace preciso que la peculiaridad dinámica del sujeto en la producción de sus vivencias tenga los caracteres descritos.

La comprensión de los síntomas cardinales de la manía, alegría, exaltación y pensamiento ideo-fugitivo, se hace posible de la misma forma y a partir del mismo trastorno fenomenológico fundamental: hiperactividad ante la imagen. En este caso la impregnación de la imagen de elementos procedentes de un sujeto cuyo auto-vivir está coloreado en ese momento por un matiz alegre, origina una vivencia y secundariamente una serie de vivencias que "comprendiblemente" seguirá una trayectoria eufórica; del mismo modo, e invocando la unidad sustancial de la vida anímica del ser, pensamos que éste se ha de ver infundido de esa alegría vivencial que se desprende de las series de vivencias hasta sus más profundas capas, estableciéndose así un incremento autónomo de la alegría, que fué primero trasladada a la imagen por la hiperactividad, ante ésta y la desmesurada inclusión en ella de elementos extraídos del sujeto ocasionalmente alegre, y que al determinar la vivencia así construida las asociaciones vivenciales secundarias y por ende impulsar el curso del pensamiento por derroteros orientados hacia el mismo polo afectivo, aquéllas y éste influyen inexorablemente a su vez sobre el sentimiento del sujeto. Secundariamente, y a partir de la misma peculiaridad dinámica de la vivencia originaria, surgen de forma comprensible el resto de los síntomas del cuadro clínico tal como el pensamiento ideo-fugitivo. Al ser placenteramente vivenciados los hechos de su vivir, el sujeto espontáneamente aumenta su receptividad ante los *objetos*, produciéndose por esa ampliación de sus posibilidades vivenciales a un número desorbitado de

hechos una extraordinaria variabilidad de sus vivencias y consecuentemente de sus series de vicencias, determinando una movilidad inusitada del curso del pensamiento.

La vivencia originariamente responsable de los síntomas del cuadro clínico y en inmediata relación con la causa de la enfermedad está caracterizada, pues, en la psicosis-maníaco-depresiva por un modo especial de vivencia, la cual se halla alterada en la dinámica de su producción en el sentido de hiperactividad del sujeto ante la imagen de los objetos. A la fenomenología no le corresponde determinar, pues constituye un problema nosológico que excede sus límites el si originariamente la causa de la enfermedad radica en una predisposición individual, determinante de esa singular intervención del sujeto en la dinámica de sus vivencias, y si sólo es preciso para la aparición del cuadro el que incidentalmente la desviación afectiva hacia uno u otro polo sobrepase en un momento dado un dintel (ya por causas ambientales o mecanismos biológicos), o si el agente morboso determina directamente la labilidad afectiva inicial ya anormal en sí y que, producida en una persona con predisposición, es mantenida por los mecanismos fenomenológicos antes descritos.

RESUMEN.

Comienza el trabajo con la valoración de la importancia del método fenomenológico en la investigación nosológica y determinación clínica de las enfermedades mentales, haciendo referencia en la exposición a otros trabajos anteriores del autor, principalmente en aquellos puntos de la cuestión en que por estar tratados con mayor extensión en dichos trabajos anteriores, son planteados en éste con menos detenimiento. Despues de afirmar la necesidad de un rigor metódico y conceptual estricto en la aplicación del método, pasa a estudiar la estructura del fenómeno psíquico y la dinámica de su producción, así como las facetas que definen la participación del sujeto en la aparición de sus vivencias. Finalmente se describen las distintas alteraciones vivenciales observables en la clínica, dividiéndolas en alteraciones de la estructura y alteraciones en la dinámica de las vivencias, haciendo referencia a las peculiaridades fenomenológicas que se manifiestan en los distintos cuadros clínicos y señalando la trascendencia que el hallazgo de estas alteraciones posee para el proceder clínico y especialmente para la orientación terapéutica. Termina, por último, el trabajo con la exposición de los hallazgos obtenidos con el método en el estudio de la psicosis maníaco-depresiva.

BIBLIOGRAFIA

CANO HEVIA.—Rev. Clín. Valladolid, 41, 25, 1951.
CANO HEVIA.—Actas del III Congreso Nacional de Psiquiatría.

- CANO HEVIA.—Rev. Clín. Esp., 44, 188, 1952.
 CANO HEVIA.—Ensayos breves Academia Nueva, vol. II, 1954.
 GRÜHLE.—"Psychologie der Schizophrenie" (con BERZE).
 Springer, 1930.
 GRÜHLE.—"Verstehende Psychologie". Thieme, 1948.
 MAYER-GROSS.—Klin. Wschr., 3, 175, 1924.
 MAYER-GROSS.—Arch. f. Psychiatr., 87, 30, 1929.
 MAYER-GROSS.—J. of. Met. Science, 90, 378, 1944.
 ZUCKER.—K. Arch. Psychiatr., 110, 456, 1939.

SUMMARY

After stating the importance of the phenomenological method in nosologic investigation and clinical assessment of mental diseases, the structure of psychic phenomena and dynamics of their production as well as the aspects defining the participation of the individual in the occurrence of his experiences are studied. The various changes in patients' experiences seen in clinical medicine are reported; they are divided into disturbances in the structure and disturbances in the dynamics of experiences. Reference is made to the phenomenological peculiarities manifested in the various clinical pictures, pointing out the significance that the finding of such disturbances has in relation to the clinical attitudes and, particularly, to therapeutic guidance. The article ends with a description of the results attained in the study of manic-depressive psychoses with this method.

ZUSAMMENFASSUNG

Man bestätigt die Wichtigkeit der phaenomenologischen Methode bei der nosologischen Untersuchung und klinischen Festlegung der Geisteskrankheiten. Dann untersucht man die Struktur des psychischen Phaenomens und die Dynamik seiner Entstehung sowie die Facetten

der Beteiligung der Person selbst bei dem Auftreten seiner Erlebnisse. Zum Schluss beschreibt man die verschiedenen Veränderungen der Erlebnisse, die in der Klinik beobachtet werden und teilt diese in Strukturstörungen und Dynamikstörungen der Erlebnisse ein. Man bespricht dabei die phaenomenologischen Eigenarten, die bei den verschiedenen klinischen Bildern auftreten und macht darauf aufmerksam, wie wichtig ihr Auftreten zur klinischen Behandlung ist, insbesondere zur therapeutischen Orientierung. Man endet mit der Aufstellung der Resultate, die man mit Hilfe dieser Methode beim Studium des Manisch-Depresiven Irreseins erzielte.

RÉSUMÉ

Après l'affirmation de l'importance de la méthode phénoménologique dans l'investigation nosologique et détermination clinique des maladies mentales, on étudie la structure du phénomène psychique et la dynamique de leur production, ainsi que les facettes qui définissent la participation du sujet dans l'apparition de leurs vivances. Enfin on décrit les différentes altérations vivanciales observables dans la clinique; on les divise en troubles de la structure et trouble de la dynamique des vivances, en mentionnant les particularités phénoménologiques qui se manifestent dans les différents tableaux cliniques, en signalant la trascendance de trouver ces altérations pour pouvoir agir cliniquement et surtout pour l'orientation thérapeutique.

On finit en exposant les résultats obtenus avec cette méthode dans l'étude de la psychose maniaco-dépressive.

NOTAS CLINICAS

UN CASO DE COLECISTOPATIA CON BILIS CALCAREA

E. DOMÍNGUEZ RODIÑO y E. DOMÍNGUEZ D.-ADAME.

Sevilla.

En un trabajo nuestro¹, publicado hace muy poco tiempo, decíamos que la visualización roentgenológica de la vesícula biliar sin medio de contraste era sumamente rara y que en dos circunstancias distintas podía darse esta eventualidad: una, en la que las paredes de la vesícula se infiltraban de cal, dando lugar a la

vesícula de porcelana; otra, en la que lo que se alteraba era el contenido vesicular, originándose la colecistopatía con bilis calcárea, siendo factor común en ambos casos el que se podía objetivar radiológicamente el colecisto sin emplear ningún medio de contraste.

El haber observado un caso de bilis calcárea nos mueve a publicarle, ya que, como la vesícula de porcelana, es un proceso muy raro a juzgar por la escasez de casos observados, tratándose, indudablemente, de procesos nada frecuentes y que, en la mayoría de las veces, por no decir en todas, son exclusivamente hallazgos radiológicos.

Fué CHURCHMANN² quien la describió por