

Armando Roa

EL METODO DE INVESTIGACION CLINICO-FENOMENOLOGICO EN PSIQUIATRIA*

EL INVESTIGADOR facilita el conocimiento del campo de fenómenos entregados a su custodia merced a la búsqueda de puntos en que éstos coinciden entre sí y tales que sea posible reducirlos a fenómenos más conocidos, o, a lo menos, de trato más aparentemente directo. Esta tarea de Wernicke cuando mira los síntomas psiquiátricos y ve, en muchos, expresiones metamorfoseadas de la motilidad y el lenguaje normal, tal vez localizados como aquéllos en áreas circunscritas del cerebro conocidas por el anatómo y el fisiopatólogo del sistema nervioso.

Freud busca semejanza con lo más familiar cuando compara y asimila los movimientos rítmicos de la pelvis durante un ataque histérico a los movimientos normales del coito; y, asimismo la busca Binswanger, cuando cree que aquellos esquizofrénicos del sanatorio que se suponen inmortales y en un viejo lugar, rodeados de parientes (los demás enfermos), no hacen más que negar la muerte, los éxtasis de la temporalidad y las otras dos formas del espacio, la geográfica y la cósmica, que ordenan a su juicio en todos nosotros el plan normal de la existencia. Percepciones y ocurrencias delirantes sorprendentemente extrañas adquieren así rasgos familiares si son mirados por contraste con comportamientos u ocurrencias normales.

Lo mismo intenta el reflexólogo cuando muestra en las perturbaciones viscerales, corporales, o anímicas de origen nervioso, un juego entre reflejos condicionados o incondicionados parecido al que sucede en la persona normal.

La validez de estos diversos tipos de reducciones de lo desconocido a lo conocido no es idéntica y depende de su utilidad en el descubrimiento de mejores ordenaciones de cuadros patológicos en relación a diagnósticos, pronósticos y tratamientos; muchas de ellas tomadas en conjunto y no en sus contribuciones particulares a tal o cual cuadro son, por lo menos todavía, meras aproximaciones poéticas al fenómeno morboso.

Sea cual fuere el camino escogido, el investigador desde una descripción provisoria de los fenómenos termina en la definitiva cuando

* Tema Oficial de Psiquiatría, presentado a las jornadas nacionales de la especialidad, realizadas en 1959.

apunta directamente a aquel otro fenómeno, que por más manejable o más familiar, ilumina de suyo al primero. Así Wernicke describe el descarrilamiento del lenguaje esquizofrénico como una forma de afasia tras-cortical y las estereotipias, el negativismo y otros signos catatónicos como formas vecinas a la apraxia y tanto la afasia como la apraxia le eran, según él creía, trastornos fáciles de explicar. Bleuler describe el autismo como pérdida de contacto con el mundo real y vuelta a un solitario juego con fantasía, cosa que más de una vez también hacen los individuos normales, pero con diferencia de grado, pues mientras para nosotros la fantasía sigue siendo fantasía, para los esquizofrénicos puede ser tan real o más real aún, que el mundo externo. Alfredo Hoche, describe los diversos cuadros mentales como integrando estructuras preformadas completas que tuvieron vigencia en la infancia o en épocas históricas primitivas y ahora entran nuevamente en actividad debido a merma en la función de las estructuras superiores; se esfuerza en comparar el robo y adivinación de pensamiento, las estereotipias, los amaneramientos del lenguaje, la hipertrofia del yo, con fenómenos similares mostrados por niños a diversas edades y por tanto no tan curiosos como parecen a primera vista.

El fenómeno considerado familiar y en el cual buscan apoyo dichas descripciones, es abiertamente distinto en cada uno de los autores y a veces nos sorprende su escasa o ninguna familiaridad para nosotros. Wernicke acostumbrado a los fáciles manejos del encéfalo de su maestro Meynert, creía, en acuerdo al sentir de la época, que reducir síntomas psiquiátricos a expresiones corrientes de lesiones del cerebro era despojarlos de inmediato de su misterio y entrar en posesión dominadora de los órganos que los producen; a Bleuler, envuelto en la seductora atmósfera del freudismo, le era sencillo ver en una catatónica que hace incesantes movimientos de acordonar zapatos una manera de unirse en la acción a su antiguo novio zapatero; a Hoche, conocedor de las investigaciones sobre mentalidad primitiva, le tentaba aproximar los síndromes psiquiátricos a determinados estados de aquella mentalidad.

Hoy asombra la soltura con que describe Wernicke la estructura de la conciencia después de haberla localizado en el llamado órgano de la conciencia, del cerebro: "Séame permitido hablar de tres tipos o formas de conciencia que se diferencian por su lugar. La suma de los cuadros mnémicos del propio cuerpo cuya ligazón entre sí mediante haces de asociación no podría dejar de ser pensada con algún fundamento, constituye la "conciencia de la corporalidad". Los cuadros mnémicos del mundo

exterior suministrados por los órganos de los sentidos, constituyen otra parte igualmente cerrada —mediante asociaciones sometidas a una regularidad— de la conciencia, “la conciencia del mundo exterior”, y finalmente tenemos en la conciencia de la personalidad las más complicadas ordenaciones de cuadros mnémicos y complejos totales que se refieren a vivencias personales del individuo y comprenden los intercambios de su corporalidad con el mundo exterior en totalidad. Ella es, en cierta medida, la resultante de los dos tipos de conciencia recién nombrados y representan una etapa superior de desarrollo de la conciencia y que para muchos idiotas no es casi alcanzable.

“Algunos ejemplos serían aquí necesarios . . . Se trata de la conciencia de la corporalidad cuando un enfermo cree ser de marfil o de vidrio y por ello carente de sentimiento . . . La conciencia del mundo exterior está comprometida cuando al enfermo le parece todo como ajeno o inhóspito, cuando cree estar en el cielo o en un banco y desconoce a las personas de su alrededor tomando a Dios Padre por el Diablo, al kaiser o a un criminal por parientes cercanos, en lo cual las caras se cambian mientras el enfermo las contempla.

“Si ha enfermado la conciencia de la personalidad el enfermo se tomará por un criminal o se culpará de la enfermedad de su compañero de pieza y dará por muertos o amenazados por desgracias a sus parientes en los casos de melancolía; o él se sentirá exaltado, más capaz de realizaciones y más desinhibido que antes; será exigente, alegador, presumido y otras cosas semejantes en los casos de manía; o bien él es objeto de atención especial y general, de complot y persecuciones y fue cambiado cuando niño pues es de alta alcurnia —en el caso de la locura primaria. Todas estas concepciones falsas merecen —ya que se refieren a una alteración parcial de sólo una parte de la conciencia— ser incluidas entre los síntomas focales de las enfermedades del espíritu” *.

Discierne el valor de los síntomas según la vía seguida por el supuesto estímulo hasta el cerebro, vías que supone terminadas en lugares distintos si vienen de órganos receptores distintos, pues si así no fuese, los estímulos respectivos de que son portadores se mezclarían confusamente. La claridad psíquica depende de la posibilidad de hacerse de un espacio propio en el encéfalo. Estímulos venidos de la intimidad del propio cuerpo, como es el creerse con la mitad de él transformado en

* Carl Wernicke: *Gesammelte Aufsätze Nervensystems*. Berlin, H. Kornfeld, 1893 und *Kritische Referate zur Pathologie des* (Trad. privada del Dr. Brenio Onetto).

animal, deben ubicarse en lugar distinto a los venidos del mundo exterior, como es el tomar por policías a los cuidadores del patio. Localización distinta apunta también a pronóstico y tratamiento distintos; hay casos, como el de su *locura primaria*, en que se alteran los tres lugares de la conciencia.

Por eso cuando investiga, sólo es sensible para aquel aspecto del síntoma que alude a una perturbación psíquica circunscribible desde el punto de vista anatómico. El campo de su visión es así dirigido por un prejuicio casi imperceptible. Kraepelin, por ejemplo, que será guiado en seguida por el prejuicio wundtiano de la existencia de funciones psíquicas distintas combinables entre sí, verá tanto en la conciencia de que la mitad del cuerpo está transformada en animal, como en la de que los cuidadores son policías, la alteración de una y la misma función psíquica, la del juicio, y en vez de hablar de trastornos de la *somatopsique* y la *alopsique*, dirá que se trata en ambos casos de uno y el mismo síntoma, un juicio delirante, la variedad de los cuales no alude a localizaciones anatómicas diversas, ni hace variar el diagnóstico o el pronóstico.

Que la visión parcial de los fenómenos es movida desde aquello considerado como más familiar y no por incapacidad primaria para la descripción abarcadora de todo el ámbito del síntomas mismo, lo prueban en el propio caso de Wernicke sus finas descripciones de los afectos patológicos, de las ideas sobrevaloradas, del delirio explicativo; anotamos a este respecto su alusión a la perplejidad, incluida por él entre los síntomas generales de las psicosis, en cuanto no es de suyo algo localizable: “Como fenómeno agregado —dice— aparece la más de las veces la perplejidad con sus diferentes formas de expresión, desde la intranquilidad (“algo está pasando”), de la sorpresa, del cambio del reír al llorar, del desamparo, de la defensa instintiva, hasta el pavor más intenso” *.

Pero el funcionamiento psíquico parece tan oscuro como el del sistema nervioso; no se divisa puente de paso entre ambos; en consecuencia reducir fenómenos psíquicos indiscernidos a fenómenos nerviosos no nos familiariza con los primeros; por eso pese a la perennidad de muchos aportes de Wernicke no podríamos sin más, tomar la línea wernickiana de investigación.

Lo mismo sucede respecto a la mentalidad primitiva cuya inteligencia es más embrollada de lo que se creía en la época de Hoche y no parece hoy una vía adecuada.

* Wernicke, *obra cit.*

El intento de Bleuler y Freud de reducir los síntomas a expresiones de deseos y fantasías no satisfechos, en cuyo caso cumplirían parecido papel verbigeraciones, estereotipias, ideas delirantes y alucinaciones, pues cabe que todos apunten a un modo uniforme y fantástico de vivir aquello que la realidad negó, no es tampoco convincente, en cuanto no hay una relación reversible entre la forma tomada por los síntomas y las apetencias del individuo; es decir, si bien en el movimiento estereotípico de acordonar zapatos podemos ver todavía un amor iluso con un zapatero, a la inversa, y si sólo supiéramos de este amor fracasado, no podríamos decir a priori que él va a expresarse necesariamente en la estereotipia de las manos u otros síntomas propios de la esquizofrenia; bien podría traducirse en síntomas psíquicos neuróticos, en trastornos psicósomáticos o simplemente en nada. Es la forma expresiva tomada por una fantasía o un deseo, lo que le da su rango cualitativo patológico y por tanto la forma en sí no es neutra ante el contenido que expresa. Un amor fracasado puede expresarse patológicamente en forma de obsesiones, perseveraciones, angustia, ideas delirantes, ataques histéricos, estupores de diverso tipo, etc., y desde el punto de vista del rango cualitativo respecto a diagnóstico, pronóstico y tratamiento sería absurdo colocar esos síntomas en niveles parecidos. Pasa aquí lo mismo que en otros dominios humanos: es posible quizás imaginar que los ideales de los griegos, de los medievales o de los modernos, pudieron expresarse a través de otras formas artísticas, políticas o sociales, diversas de las que realmente escogieron, pero sería absurdo no ver que la forma dórica, la gótica y la barroca les dieron una vida y un rango peculiar que habría sido distinto si hubieran optado por otros modos expresivos, aun supuestos los mismos ideales. Desde la forma dórica cabe adentrarse en el mundo íntimo de los griegos, pero, a la inversa, si únicamente conociésemos su mundo íntimo sólo un azar permitiría presumir la arquitectura dórica como vía probable de expresión de aquel mundo.

Así, la forma adquirida por un síntoma no es, desde el punto de vista de la psiquiatría como ciencia, puro indicio de que allí en las entrañas del alma algo ocurre, sino lo que vivifica y estructura al mundo mórbido dándole rango y dignidad peculiares. El síntoma es inseparable del contenido anímico que porta como lo es el dórico o el gótico del alma de sus pueblos.

Es, de un lado, la obscuridad del proceso en cuya virtud los contenidos anímicos escogen tal o cual forma, forma a la cual llamamos síntoma y que lleva al diagnóstico, y de otro, el hecho de rebajar al síntoma desde

la categoría de configurador vivo y directo del mundo mórbido del enfermo al de sustituto menesteroso de ímpetus no realizables por vías normales, lo que no hace más familiar el conocimiento de los síntomas si se les reduce a meros sustitutos de deseos y fantasías irrealizados.

Esta necesidad de ver los síntomas como formas vivas configuradoras de la existencia morbosa lleva a la investigación clínica fenomenológica. Se trata en ella, como lo haría un estudioso del arte, de otorgarle suficiente espacio y tiempo al síntoma para que hable por sí mismo antes de referirlo precipitadamente a otros fenómenos de engañosa familiaridad; para eso el fenomenólogo coloca provisoriamente entre paréntesis las consideraciones respecto a origen del síntoma y lo retiene ante su vista, hasta que revele su ritmo íntimo; en cierto modo rescata la dignidad de ellos frente al psiquiatra explicativo y al comprensivo que lo ven como mera señal de algo más importante que ocurre en el fondo. En sus descripciones buscará palabras que no velen lo íntimo del síntoma, de tal modo que él conserve su frescura y resonancia originaria aun cuando el enfermo ya no esté presente; si la descripción no lo logra, la cambiará por otra. En su empeño aclaratorio el fenomenólogo recurrirá a los aspectos negativos, a lo que el síntoma no es, poniéndolo frente a síntomas similares, a la inversa de lo ocurrido en la mayoría de las descripciones clásicas, que, como ya se ha dicho, marcan más bien las semejanzas con trastornos patológicos más conocidos.

Veamos de paso dos descripciones típicas, no fenomenológicas, de síntomas catatónicos, extraída una de la *Psiquiatría Clínica* de Kraepelin y la otra del *Tratado* de mismo nombre, de Mayer-Gross; en la primera, como es notorio, se relaciona el fenómeno con la función psicológica de la voluntad, en la segunda, se pone a la vista su semejanza con síntomas neurológicos y expresiones simbólicas corrientes.

Dice Kraepelin a propósito de una enferma: “dos síntomas nuevos se presentan a nosotros en toda su pureza: la estereotipia y el negativismo. El primero consiste en una tendencia a repetir hasta la saciedad el mismo movimiento voluntario... El segundo se traduce en su resistencia estúpida a cada tentativa hecha acerca de ella, en su mutismo querido, en fin, en la imposibilidad completa de adquirir sobre ella una influencia cualquiera” *.

Y Mayer-Gross: “La gran variedad de *estereotipias de movimientos*

* E. Kraepelin, *Introduction a la Psychiatrie Clinique*. Trad. de la 2ª Ed. alemana, por A. Devaux y P. Merkle. Ed. Vigot Freres, pág. 41. Paris, 1907.

abarca todas las posibilidades, desde el simple comportamiento neurológico motor, hasta las complicadas hipercinesias de un carácter altamente simbólico. Algunas son casi idénticas a los tics extrapiramidales o a las sacudidas musculares de origen cortical, tales como el clásico morrito (Schwanzrampf), el girar rítmico de la cabeza hacia un lado o las sacudidas desordenadas (balísticas) de los brazos . . . Todos estos movimientos pueden significar tanto lo que corresponde a los movimientos normales semejantes como lo exactamente opuesto, como también puede carecer enteramente de significado psicológico” *.

Mucho de lo afirmado es correcto, pero no despierta por dentro lo típico del síntoma, la vivencia que surge en nuestra intimidad cuando lo contemplamos. Un fenomenólogo acudiendo a un ejemplo quizás diría: cuando ante un enfermo encucillado en el mismo lugar tenemos la viva y contradictoria impresión tanto de que él busca activamente esa posición y lugar, como también de que ello le es imperiosamente impuesto desde su fondo anímico, estamos en presencia de una estereotipia o en general de un signo catatónico, pues idéntica vivencia contradictoria tenemos ante actitudes negativistas, verbigeraciones, saltos, carreras o muecas estereotipadas.

En seguida intentaría una descripción general de lo catatónico parecida a ésta: son alteraciones de la motilidad *vivenciadas por el observador* “como producidas con cierta intención” desde el fondo psíquico, pero sin coordinación con las esferas habituales del pensar y del querer, ni con lo solicitado en ese momento por el ambiente.

Se completa el cuadro apuntando a la manera cómo son vividos por el observador otros movimientos anormales; así los carfológicos dan la impresión de querer liberarse de algún estímulo extraño que molesta, los coreicos y parkinsonianos de ser sufridos y no queridos por el enfermo, los tics, pese a veces a su expresividad, de ser automáticos, etc.

Hemos aludido antes a la descripción del autismo por Bleuler; Wyrsh, en el *Tratado* de Reichardt, la precisa de este modo: “No es como muchas veces se representa falsamente, un alejamiento del enfermo de la “realidad” o del “mundo externo”, sino que significa que aquél comprende e interpreta esta totalidad sólo en el sentido de sus deseos y

* Mayer-Gross, *Psiquiatría Clínica*. Verdos. B. Aires, 1958, 1.er tomo, págs. 308 y
sión castellana de José Cortado. Ed. Pai- 381.

“complejos” o de sus alucinaciones y delirio, y en función de tales se comporta” *.

Un fenomenólogo lo describiría, más bien, como una peculiar forma de conducta en la cual el enfermo da la impresión de estar activamente vuelto hacia adentro, sin interés por coordinarse a la conducta de los demás o a lo requerido por el ambiente. Provocan esa impresión en el observador, la falta de iniciativa y de interés por hablar o a la inversa la incoercibilidad verbal, el descuido inexplicable de la vestimenta y el aseo, la absoluta falta de búsqueda de provecho en las situaciones habituales, a la inversa del maníaco y el paranoico que reclaman por todo, la mirada como activamente dirigida hacia nada, la mímica sin relación con el estado afectivo mostrado en ese momento: alegría, tristeza, vergüenza, etc. Deberá acompañarse esta imagen del autismo, con la diversa provocada por estados aparentemente similares como la indiferencia, la perplejidad, o la intensa preocupación por problemas no resueltos. Pero la vivencia que el síntoma despierta en el observador no es sólo circunscribible frente a síntomas directamente pesquizables, como la conducta autística o los signos catatónicos, sino que también frente a aquellos vividos en la intimidad del enfermo como el robo de pensamiento, las representaciones obsesivas o la angustia; en tal caso se procura reconstruir una imagen que una al fenómeno clave confesado por el enfermo, la manera adecuada o inadecuada de narrarlo, las palabras usadas, el tono y el vigor de la voz, la actividad o pasividad en el relato, la resonancia afectiva, la mímica y el resto de la conducta, porque así como en una tela un objeto pintado adquiere su calidad tanto de sí mismo como de la distribución de la luz y del resto del cuadro, también el síntoma confesado varía de calidad según cuál sea la luz y el contorno que le proporciona el sujeto. Variación de calidad significa no rara vez variación de valor diagnóstico. De esta manera, cuando un enfermo responde afirmativamente con un breve sí, a nuestra pregunta sobre robo de pensamiento y requerido a explicar cómo lo sabe, dice en frases desvaídas, que los demás anuncian cosas pensadas por él, o aluden por gestos a su pensamiento, o sencillamente, que de otro modo no se le cortaría el pensamiento de repente, y sin que mientras lo cuenta se altere su mímica habitual, su tono de voz o su postura corporal, estamos casi de seguro en presencia del clásico síntoma de la esquizofrenia. Si en cambio contesta sobresaltado que

* M. Reichardt, *Psiquiatría General y Especial*. Traducción, Morales Belda. Ed. Gredos. Madrid, 1958, pág. 374.

se lo roban, indica con la mano a los compañeros del patio como culpables y entra en detalles más espontáneos de cómo ocurre esto, puede tratarse de un síntoma observado en la alucinosis alcohólica. Si el enfermo, presa de agitación responde a gritos diciendo que se lo roban del barrio tal, confesión acompañada de mímica y de gestos amenazadores, mirada ebriosa, facies seborreica, no sería raro de que se tratase de un síntoma de la amencia; a lo menos la prudencia aconseja suspender el posible alcance hacia la esquizofrenia que pudiera sugerir el síntoma.

Si se trata de pensamientos iterativos es importante saber si el enfermo hace causa afectiva con ellos, o si su aparición la estima absurda o angustiada; en el primer caso es un pensar perseverativo, propio de cualquier estado de agotamiento, en el segundo un pensar obsesivo; pero el fenomenólogo debe acompañar la descripción del fenómeno mismo, como en el caso del robo de pensamiento, de la descripción del modo de contarle, de la conducta, de la postura frente al mal que aqueja.

Por ejemplo, si el enfermo con voz medida y pausada cuenta reiteradamente sus obsesiones, pide fórmulas al médico o se las crea él mismo para combatirlos, es correcto en sus modales, respetuoso en el trato, pulcro en el vestir, responsable frente al hogar y al trabajo (pese a las explosiones provocadas de vez en cuando por sus obsesiones), y si, además, le angustian y tiene cierto vago o explícito sentimiento de culpa, se está casi seguramente ante una *neurosis obsesiva*. Si las obsesiones no provocan angustia y son contadas fríamente a solicitud del médico, se está quizás ante una *forma pseudoneurótica de la esquizofrenia*.

Si las representaciones obsesivas se alimentan de las conversaciones corrientes, de los sucesos cotidianos y el individuo se ensimisma en ellas, abandonando toda actividad, eludiendo el contacto con las personas, no participando en la vida de la familia y más bien respondiendo hoscamente a sus requerimientos, es probable que se trate no de una neurosis obsesiva de suyo de mal pronóstico, sino de una *reacción psicopática obsesiva*, cuya mejoría, como se sabe, se obtiene con el cambio de ambiente, la psicoterapia sugestiva o de apoyo, o incluso, los tranquilizadores corrientes.

De ahí que una historia clínica deba contener los síntomas, la manera cómo se han obtenido, la descripción textual hecha por el enfermo, la tonalidad afectiva del relato y la entrevista, su repercusión en la mímica, conducta espontánea y provocada, tanto frente al examinador como al ambiente del hospital y de la casa, el cuidado en el vestir y en el arreglo personal, el sentido del tacto social, de la oportunidad, de las distan-

cias sociales, del control de las necesidades instintivas, todo ello descrito de manera de provocar en quienes no hayan visto al enfermo la imagen viva y rigurosa de él. De importancia similar a la conducta y las vivencias del enfermo son los rendimientos en el sentido de hacer notoria la calidad de éstos. No se trata de obtener un cociente intelectual o un índice de deterioración, que para el clínico fenomenólogo adquieren el valor de exámenes de laboratorio, al lado del L.C.R., el electroencefalograma o la uremia y de los cuales bien pudiera prescindir en muchos casos, sino de la insustituible necesidad de integrar la imagen del cuadro mórbido con experiencias sencillas y de significado inmediatamente intuible que aludan a la aptitud para realizar operaciones fáciles a cualquier hombre normal; pruebas de esta especie son los meses del año a la inversa, la prueba de Head, el cálculo elemental, los ensamblados, la reproducción de figura con cerillas y otras, cuyo alcance se ha mencionado en otros trabajos.

En todo caso es diverso el significado diagnóstico de un amaneramiento, unas alucinaciones, unas ideas delirantes, si se dan en personas en las cuales aquellas pruebas son exitosas o imposibles. La descripción entera debe traslucir, además, el estado de conciencia del enfermo, dado el valor distinto de los síntomas en conciencias despejadas o alteradas. A veces sólo el modo de repetir los meses a la inversa o de ejecutar la prueba de Head da los únicos indicios reveladores de la existencia o persistencia de una leve alteración.

No debiera confundirse esta descripción orientada a la presentación viva de la imagen de la enfermedad, con las exhaustivas descripciones de la conducta de enfermos orgánicos y esquizofrénicos hechas por Goldstein y en las cuales se procura dar notoriedad a los diversos trucos y rodeos de que se valen los enfermos para realizar funciones que en la vida normal les eran posible de un modo más económico; cuando el enfermo confiesa ser amenazado u obstaculizado por manejos corporales extraños es, a juicio de Goldstein, defensa biológica de un organismo reducido en sus posibilidades para no caer en la reacción catastrófica que le significaría darse cuenta de su menoscabo; las alucinaciones y las ocurrencias delirantes le permiten a lo menos culpar a otros de aquello de que ya no es capaz; por eso no interesan tanto en sus historietas la descripción acabada de las alucinaciones mismas, de su manera de contarlas, etc., como su mera existencia, lo cual indica ya limitaciones en el actuar, que es lo que a través de pruebas o de la conducta espontánea debe poner en descubierto el examinador.

La investigación clínica fenomenológica circunscribe los fenómenos morbosos en acuerdo al modo de vivenciarlos el observador; la justeza o arbitrariedad la mide tanto su aproximación exclusiva al fenómeno estudiado y no a toda la gama de fenómenos similares, como el que ese modo sea compartido por otros observadores.

Un reparo surge a este respecto, reparo que pudiese anular al método mismo. El material clínico psiquiátrico, como ya lo indicó Kurt Schneider, viene de tres fuentes: la conducta, la expresión y las vivencias * del enfermo. Que el observador percibe directamente la conducta y la expresión mímica no cabe duda, pero ¿cómo puede observar las vivencias, algo que de suyo existe para el yo del enfermo y no del médico?, ¿no tiene que valerse de las confesiones del paciente y a través de ellas presumir su existencia sin poder jamás mirarlas a la cara, como es la exigencia de un saber fenomenológico?, ¿no parece que la esencia de la vivencia el ser para sí —para el propio yo— y no para otro?, ¿no es de su fundamento su inmanencia a la conciencia?

Sin embargo, ya en la vida corriente andamos disimulando nuestros estados de ánimo, nuestras inquietudes, nuestros pensares íntimos; tememos su revelación al menor descuido. En medio de un grupo hay no sólo la convicción de estar varios vivenciando colectivamente lo mismo, sino que el claro sentimiento de que tal o cual cosa consentida por nosotros es rechazada por otros y viceversa, obliga a una espontánea cautela en los comentarios posteriores. Ante una ocurrencia valiosa, una alegría o una tristeza, buscamos amigos con quién compartirla y no quedamos tranquilos mientras no viene la convicción de que ellos vivencian nuestro vivenciar del momento, del mismo modo como transcurre en nosotros.

Mientras más acusada es una vivencia, más se muestra tendencia a compartirla, y, en consecuencia, más obliga a precauciones si eso no se desea. A veces, el que pese a nuestro esfuerzo no despertemos en otro la vivencia mostrada es prueba de que ella está poco vivenciada por nosotros mismos. Una vivencia plena no sólo es comunicable sino contagio-

* Vivencia es la conciencia que el yo toma de algo y no este algo mismo. Por tanto, vivencia no es un sinónimo de fenómeno psíquico. Dentro del fenómeno psíquico de fantaseo, por ej., la vivencia de fantaseo es la conciencia que el Yo tiene de la

Fantasia a la vista —quizás construida por él mismo—, pero no la Fantasia en sí, que no es vivencia sino que objeto de una vivencia. Esto diferencia básicamente una Psicología Fenomenológica de cualquier psicología instrospeccionista clásica.

sa; en la existencia cotidiana se diferencia ya a quién expone mecánicamente algo y deja frío, y quién vive lo que expone.

Los fenómenos psíquicos se mueven en una escala oscilante de tendencia a la comunicabilidad, máxima en el vivenciar plenamente explicitado y definido, y mínima o nula allí donde el fenómeno psíquico ya no se vivencia (vivencia = conciencia reflexiva de algo), sino que transcurre casi como un mero acontecer; tal es el caso de esas imágenes a la deriva que discernimos vagamente cuando tendidos nos abandonamos al puro reposo.

Hay incluso vivencias que son intersubjetivas por naturaleza, como las perceptivas; sumiría en asombro el que algo percibido no lo sea simultáneamente por otros; de ahí el profundo trastorno en esta zona del vivenciar mostrada por los esquizofrénicos al configurar sus alucinaciones en medio de una pura subjetividad, ajena a la coparticipación de otros. Son también intersubjetivas las vivencias judicativas, pues no sólo se comparte objetivamente la verdad, sino que agrada que lo sea a través de las palabras nuestras. Vemos la caricatura de esto en el paranoico indignado cuando no adherimos, no sólo a sus creencias, sino a su manera de formularla, y una grave merma en el esquizofrénico ajeno a toda urgencia de comunicabilidad.

Las vivencias de fantaseo ocupan un lugar medio, pero el celo natural para guardarlas indica de alguna manera que también tenderían a escaparse. Justo por eso la facilitación en su comunicabilidad es un indicio mórbido valioso. Reserva no es un mero no comunicar, es un guardar algo de un modo activo y celoso y nada se guarda con tanto cuidado como el mundo de las fantasías.

«Constitutivo básico de las vivencias, decía Husserl, es la intencionalidad, el ser conciencia reflexiva de esto o lo otro. Puestos en el punto de vista de la ciencia psiquiátrica y no de la fenomenología pura *, que era el suyo, cabe, quizás agregar a la intencionalidad, la tendencia a trascender a otros, a la comunicabilidad; *una vivencia se constituye así por intencionalidad y trascendencia*. Aún más, sería esto un nuevo rasgo diferencial entre lo psíquico —en el nivel vivencial y no del mero acontecer— y lo físico, ya que no sabemos que las cosas estén aspirando a comunicarse entre sí, dentro de la autonomía y respeto recíproco de su propia individualidad, que es lo propio de las vivencias.

* Véase en el número 2-3, 1959, de esta Revista, nuestro artículo: "Conciencia fenomenológica y conciencia psicológica".

Para la psiquiatría tienen importancia diagnóstica entre otras, las perturbaciones de la comunicabilidad y las de la intencionalidad, siendo las últimas más difíciles de pesquisar por ausencia de investigaciones acuciosas al respecto. Tal vez ésta muestra alteración cuando el enfermo vivencia judicativa y no perceptivamente un objeto de percepción, como en la percepción delirante, y cuando vivencia memorativamente (como algo sucedido) y no imaginativamente, a los productos de su fantasía, como en las fabulaciones delirantes o en las alucinaciones de la memoria; en general están más a la mano las múltiples variaciones de la comunicabilidad.

Las vivencias se expresan ante todo en lenguaje. Para el diagnóstico vale de un lado, la variación en los niveles normales de comunicabilidad de cada esfera de vivencias, por ejemplo: el que no importe que algo percibido no lo sea por los otros (alucinaciones esquizofrénicas), o que se dé salida al mundo habitualmente reservado de la fantasía (como en algunos psicópatas, neuróticos y maníacos); y, del otro, la forma escogida de comunicabilidad: lenguaje sonoro, altisonante, rítmico, vigoroso, metafórico, escueto, pobre, vago, nuevo, adecuado, inadecuado, borroso, impulsivo, fluido, dificultoso, acelerado, lento, a la carrera, huidizo, breve, prolijo, disgregado, ideofugal, neutro, emotivo, afectivo, cuidadoso, amanerado, reservado, con vistas a complacer, a evadirse, a que lo dejen tranquilo. Valiosas son, la iniciativa verbal dividida en oportuna e inoportuna, los silencios, sobre todo si abarcan determinados temas, el mutismo, las pararrespuestas, etc.

Se comprende, por ejemplo, el alcance diagnóstico diverso de esta aseveración: “yo tengo cien buques, casas, millones en los bancos, palacios de oro y cristal”, si es hecha con lenguaje borroso, frases entrecortadas, a tirabuzones, sin vigor verbal, ni ritmo en el discurso, o bien si surge vigorosa, rítmica, fluida, sonora, unitaria, como dirigida a un solo pensamiento; en el primer caso apuntamos hacia la parálisis general, en el segundo hacia la parafrenia, cuadros de pronósticos y tratamientos abiertamente distintos.

Una vivencia tiene sus límites, empieza, se desarrolla y acaba; * Husserl hablaba de un despliegue natural a cada vivencia en un tiempo pro-

* Las vivencias se despliegan continua o discontinuamente; algunas después de un primer despliegue quedan latentes largo tiempo. Un problema científico puede, por ej., preocupar toda la vida; los sucesivos

despliegues son enriquecimiento de una y la misma vivencia; por eso decía Husserl que las vivencias se dan en el modo de la actualidad o de la inactualidad (actuales o potenciales).

pio no acomodado a la temporalidad del reloj; así unas lo hacen en un segundo, otras en días o años; unas terceras persisten indefinidas en estado naciente. Un enfermo que se queja de haber oído una voz y haber sufrido una descarga eléctrica, proporciona de inmediato dos vivencias pseudoperceptivas; en cambio otro, que en además fanfarrón, inventa una larga aventura en los mares australes en la cual entran naufragios, caza de focas y ballenas, escalamiento de cerros nevados, está desplegando en todo su ámbito una sola vivencia, el vivenciar de un fantaseo.

Un ejemplo de la historia de la psiquiatría pone a la mano la importancia de este aspecto. Los psiquiatras franceses del siglo XIX, se preocuparon largamente de la *interpretación delirante*, que para la mayoría era paralela al juicio delirante espontáneo; hablaban de interpretación entre otras cosas, cuando, por ejemplo, un enfermo veía el retrato de un criminal en la prensa y suponía de inmediato que era un modo disfrazado de ponerlo a él como criminal. Separaban en la afirmación del paciente dos actos psíquicos diversos: la percepción inalterada del retrato, por tanto percepción normal, y el enjuiciamiento delirante del significado del retrato, donde yacía lo anormal; esta anormalidad del juicio no podía diferenciarse de aquellos otros juicios delirantes espontáneos o autóctonos, en los cuales el paciente por sí y ante sí se declaraba rey. En ambos casos la anormalidad aparecía en una misma esfera psíquica, la del juicio, diversa de la de la percepción.

Fue un progreso haber visto en muchas de las interpretaciones delirantes de una percepción, que la percepción no queda al margen como simple punto de partida, sino que hace parte de la significación insólita, englobándola en una sola y misma vivencia, a la que por eso llamó Jaspers, *percepción delirante*. Puesta como unidad vivencial con sus diversos momentos integrantes (analizados por K. Schneider), la percepción delirante podía diferenciarse radicalmente del antiguo juicio delirante autóctono, ahora llamado cognición delirante (Jaspers), u ocurrencia delirante (Schneider) y en la cual no hay momento perceptivo alguno; esta diferencia abría el camino a la evaluación de su importancia diagnóstica; como se sabe, mientras la percepción delirante es casi específica de la esquizofrenia, la ocurrencia delirante se da en ésta enfermedad y en algunas psicosis orgánicas, mostrando una especificidad más baja.

Por el mismo camino iba a producirse la singular diferencia entre

lo delirante primario y lo deliroide, según entren o no a hacer unidad * con la vivencia en despliegue, momentos afectivos o racionales comprensivos. Si éstos no integran unitariamente la vivencia y sólo son concomitantes, aun cuando hubiese concordancia entre afectividad y contenido delirante, la vivencia es siempre delirante primaria. Los psiquiatras conocen las dificultades prácticas, a veces insolubles, puestas por la delimitación de tales unidades.

A la descripción de los trastornos de la comunicabilidad intersubjetiva, y ya discernida la unidad, agrega el clínico la ubicación de la esfera de intencionalidad a la cual pertenece o debiera pertenecer la vivencia, si es que aparece dislocada. Esferas de intencionalidad diversas son la perceptiva, la memorativa, la imaginativa, la judicativa, la volitiva, la práctica, etc., diversas en cuanto aluden a modos peculiares de tener *conciencia de algo*.

Intencionalidad es el modo en que la conciencia se hace presente su objeto; puede hacerlo perceptiva, imaginativa, judicativamente, etc.

En los enfermos mentales la intencionalidad dislocada hace aparecer una vivencia en una esfera que no le corresponde; así algo a primeras luces perceptivo, analizado con calma suele ser mera fantasía a la que se atribuye, o memorativamente o delirantemente, existencia en la realidad; es el caso de las alucinaciones de la memoria y de las fabulaciones delirantes. El psiquiatra hace obra semiológica cuando restituye mentalmente la intencionalidad a su nivel verdadero y ubica al síntoma en acuerdo a la intencionalidad restituida y no a la dislocada. En este plano los avances prácticos han sido estimables. Veamos tres ejemplos corrientes: un enfermo huele el olor a té que sale a media tarde del jardín de una casa y supone de inmediato ser víctima de una celada; es una percepción delirante con esfera de intencionalidad judicativa. Otro encuentra en su cuarto un olor indescriptible; ayer le sucedió lo mismo; lo supone, puesto por sus enemigos; hay una vivencia alucinatoria olfativa y otra judicativa explicativa. Un tercero advierte desde hace meses emanaciones nauseabundas de su cuerpo, la gente en la calle se le acerca, lo insulta; cuantas veces ha subido a un vehículo colectivo los pasajeros y el chofer bajan protestando; si entra a una tienda los clientes huyen de inmediato

* Insistimos que una y la misma vivencia puede estar presente (actual) o en reserva (inactual); es normal que una vivencia se haga actual o inactual en cualquier mo-

mento, sin merma alguna de su unidad. En las neurosis se perturba este juego y ciertas vivencias pierden la posibilidad de hacerse inactuales (obsesiones).

y los empleados le gritan: “¡sale!”; un día va al mar a bañarse y los únicos dos señores cercanos le amenazan e insultan en su cara, echándole a empujones para que su hediondez que, según le dicen ellos, ya ha invadido toda la playa, no obligue a tomar medidas policiales. Cuando el médico le asegura no exhalar olor alguno, contesta: “entonces no andaría huyendo de mí todo el mundo, me lo gritan muy claro a mi lado, no van a mentir todos”.

Pese a la preponderancia perceptiva del relato, tanto el supuesto mal olor, como la conducta de la gente forman apretada unidad vivencial en largo e inacabado despliegue, no pudiéndose considerar separados (vivencias distintas) el mal olor y los empujones e insultos. El conjunto, dado el derroche de acción, tiene el aire de una fábula, de lo imaginado, sólo que no con el acento puesto en el deseo de entretener o engañar a otro como en la pseudología, sino en la convicción para quién la cuenta de que todo es verídica realidad. La intencionalidad se ha dislocado desde el nivel de la fantasía al nivel de la actuación. Tenemos así una *fantasía delirante*, cuyos caracteres son justamente dar por realizadas fantasías que se desenvuelven en un tiempo indefinido (y no definido y breve como las fantasías constitutivas de las alucinaciones de la memoria); y en las cuales uno es autor, coautor o víctima activa de una trama escenificada, con los caracteres de armonía, cálculo preciso en los movimientos recíprocos de las diversas personas, absorción total en la acción, propio de las tramas imaginarias. Como se sabe en la fantasía delirante la calidad del relato reside en lo actuado (“yo estaba en la creación del mundo y con Cristo formé nubes y vientos y me paseaba con mi Señor por la lluvia . . .”, dice una parafrénica), a diferencia del juicio delirante propiamente tal, como el de los paranoicos, cuyo acento yace en la planificación, verificación, y mostración de pruebas, respecto a las acechanzas de que se es víctima o a los descubrimientos que se está a punto de hacer.

De la dislocación de la intencionalidad y de las alteraciones de la comunicabilidad surge en gran parte el concepto de *incomprensibilidad*. Como todo concepto científico, no alude de un modo vago y difuso al sentido trivial de la palabra, como cuando alguien llama incomprensibles a las alucinaciones, los actos obsesivos, las estereotipias, sino que se refiere de un modo principal a los fenómenos delirantes; desde Jaspers el concepto marca la diferencia entre vivencias delirantes primarias, incomprensibles, e ideas deliroides, comprensibles. Las vivencias delirantes primarias son propias de los *procesos psíquicos*: esquizofrenia y parafrenia; en cambio las ideas deliroides aparecen en los *desarrollos* o las *reac-*

ciones paranoicas a vivencias. Desarrollos clásicos como se sabe son la paranoia de Kraepelin y el delirio pleitista.

Lo comprensible es lo claro a la razón o lo que surge naturalmente de estados emotivos o afectivos. Aparece natural el llanto de una madre ante la muerte de su hijo o el ver policías por todos lados si se ha cometido un delito. Esta comprensibilidad empática es la comprensibilidad por excelencia. Por eso en cierto modo comprendemos que una persona orgullosa y desconfiada en demasía, exagerando estos rasgos afectivos acabe en una paranoia con francas ideas deliroides de grandeza o persecución.

En cambio es incomprensible empática y racionalmente una percepción delirante o una ocurrencia delirante primaria. Por tarada, extravagante y rara que fuese la personalidad anterior del enfermo, nada hará que comprendamos el hecho de que al mirarse en el espejo y encontrar extraña su fisonomía concluya de un modo rápido e inequívoco que le han cambiado su cuerpo por el de un Señor X (percepción delirante del propio cuerpo). La vivencia de nuestro cuerpo como un todo que hace unidad con nosotros, es algo tan primario que ningún estado emotivo y ninguna razón pueden ir más lejos y sustituirla.

Cuando la incomprensibilidad de un fenómeno psíquico lo es también para el propio enfermo —como el obsesivo que encuentra absurda su compulsión a lavarse las manos cientos de veces—, él se vuelve a hacer comprensible para nosotros los observadores, *pues es comprensible que tales fenómenos sean incomprensibles. Lo incomprensible en las vivencias delirantes primarias es al revés, que aparezcan como comprensibles o a lo menos como naturales* para el enfermo. Una esquizofrénica se extraña de nuestro asombro cuando nos habla de sus diez mil partos por minuto, y una parafrénica, cuando cuenta que enterrada varias veces en un nicho del cementerio, ha estado en el ataúd durante meses hasta que otra enferma del patio tendida encima le ha injertado aliento gracias a lo cual vive y conversa con nosotros (fantasía delirante).

En la vivencia delirante primaria se disloca la intencionalidad y se altera la comunicabilidad. El enfermo da intencionalidad judicativa, o de suceso actuado a meras fantasías o a vivencias que en el normal tienen intencionalidad supersticiosa (como es el creer que la esposa es infiel porque le ha cruzado un perro por la calle), o puramente perceptiva. En seguida, o no hay interés en comunicarla, o se la reserva, o se comunica en frases carentes de precisión y claridad conceptual, y sin embargo, dando la impresión que el enfermo estimase comprensible de inmediato

para nosotros, cuanto nos está contando. La alteración de la comunicabilidad vivencial, imperceptible para el paciente, hace también incomprendibles en el esquizofrénico el lenguaje disgregado, los neologismos, el negativismo, el mutismo, las estereotipias, etc., todo lo cual florece como si fuese la cosa más natural del mundo. Si el propio enfermo se asombrase algo, como en las primeras etapas de la enfermedad, nos parecería ya más comprensible*.

No cabe confundir esta incomprendibilidad, que apunta de modo preciso y operante a determinadas alteraciones de los constitutivos vivenciales (intencionalidad, comunicabilidad, modo natural, perplejo, o de curiosidad, de vivenciar las propias vivencias), con el problema filosófico y científico mucho más general, en torno al residuo de incomprendibilidad dejado por todas las cosas y a lo cual se alude en frases como éstas: “no comprendemos cómo sea posible una alucinación”; o “no comprendemos en virtud de qué, personas víctimas de parecidos azares biográficos sufren unas, síntomas esquizofrénicos, otras síntomas histéricos, unas terceras, equivalentes somáticos de angustia”. Tal tipo de incomprendibilidad apunta a otro campo de investigación, señala caminos, pero no corresponde al concepto en juego, cuando se habla de incomprendibilidad esquizofrénica, con su núcleo en la vivencia delirante primaria y gracias a lo cual se acuña en seguida el importante concepto psiquiátrico de *proceso*, diferente del de *desarrollo*, *fase*, *brote*, *episodio* y *reacción*, concepto que a su vez abrirá a las nociones básicas de psicosis *endógenas* y *exógenas*, con toda su serie de implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

Proceso, en el sentido de proceso en lo psíquico —diverso a *proceso psicótico orgánico* a la manera de las demencias seniles, luéticas, arterioescleróticas—, es un postulado fenomenológico alusivo al hecho insólito de que *en su alma surja un nuevo modo de vivenciar con intencionalidades dislocadas y perturbaciones de la comunicabilidad, y todo con soltura, naturalidad, vigor, ritmo, hondura, calidad y a veces inusitada belleza*. Es como si la fuente originaria misma de las vivencias, el yo primordial, se hubiese alienado, y extrajese con frenesí desde un fondo oculto, modos de vivenciar ingénitamente nuevos. A esto alude Jaspers cuando pone en la base de las vivencias delirantes primarias la *trans-*

* Sin embargo, la perplejidad del enfermo en esta etapa es más ante lo enigmático que sucede, que ante lo que le sucede; vive el cambio como una especie de maraña de la que no logra desenredarse.

formación de la personalidad *. Tal fuerza primaria como la de esta parafrenia que cuenta: "asistí con las tres personas de Dios a la creación de las nubes y el viento, y tiramos un puñado de nieve y se abrió el abismo, y paseábamos por el abismo con la discorola y veíamos la tarde del mundo en la aurora de la mañana. . .", es lo que diferencia fenomenológicamente el *proceso psíquico psicótico*, del *proceso psicótico orgánico*, a su vez todo debilidad, flaccidez, pobreza, descascaramiento, puerilismo; eso no significa de ninguna manera y quizás nadie lo ha pensado, que el *proceso* en el sentido de la esquizofrenia o la parafrenia no tenga también base orgánica. Lo último es lo más seguro, pues si bien el vivir en los procesos es firme y vigoroso, el objeto de las vivencias **, el tema mismo, es casi siempre monótono y aburrido.

La noción de proceso lleva como de la mano al concepto schneideriano de *Grund*, *fondo psíquico*, inspirado quizás en Schelling o Jacobo Boehme ***, pero que aquí, como el éter de la física clásica o la antimateria de la física nueva, no es más que un concepto científico límite, indicador de que en alguna parte, a espaldas de nuestros ojos, debe ocurrir el engendramiento de vivencias tan curiosamente nuevas.

Se objeta a la idea de *proceso* en tanto ruptura con la personalidad, previa (en cierto modo lo dice Kretschmer), que la personalidad de muchos esquizofrénicos era ya un nudo de sorpresas y extravagancias; pero

* Jaspers habla de transformación heterogénea y definitiva; lo último no es aceptable en principio en el momento actual.

** *Toda vivencia es la conciencia que el yo toma de un objeto*, pero no este objeto; se puede tomar *conciencia de* un objeto concreto en la percepción, de un objeto imaginado en la conciencia imaginativa, de un juicio en la conciencia judicativa; justamente, en las psicosis endógenas llama la atención el vigor entusiasta con que se toma conciencia y se reflexiona sobre objetos, muchas veces, insignificantes.

*** Según el autorizado comentario de Alejandro Koyré, el término *Grund* en Boehme, igual que en Schelling, "designa a la vez la razón de algo y su causa, su fundamento real. Boehme podrá, pues, decir que el *Ungrund* encuentra su *Grund* en la divinidad luminosa, porque es ésta la que le proporciona su razón de ser: el

Grund del germen del ser es el ser".

Y en otra parte: "*Ungrund* término que designa la ausencia total de determinación, de causa, de fundamento, de razón (*Grund*), y que se estaría tentado a traducir por *abismo*, si Boehme no emplease, al mismo tiempo, y en un sentido diferente, el término *Abgrund*, abismo sin fondo. El *Abgrund*, lejos de designar la ausencia pura y simple de todo fundamento y de toda determinación en lo Absoluto, no hace más que indicar, tanto la falta de fundamento de la existencia como la ausencia de centro de realización en los seres que han perdido su propio *Grund*. El *Abgrund*, el abismo, designa así en el ser su propia nada, en la cual él está siempre presto a zozobrar, que busca englutirlo y en la cual él tiende a abismarse". Alejandro Koyré: *La Philosophie de Jacob Boehme*. Librairie philosophique. Vrin. Paris, 1929, págs. 280 y 281.

el esquizoide juzga sus extravagancias como tales —en lo cual coincide con la apreciación que de estas hace el individuo normal—, sólo que no puede o no se interesa por evitarlas; en cambio, al esquizofrénico neto, le parecen naturales; y si esto pudiera discutirse, no cabe lo mismo frente al vivenciar delirante primario cuya distancia al vivenciar esquizoide es insalvable. Quizás si entre el esquizoide y el esquizofrénico haya, en el sentido genético y causal, la misma diferencia que entre la semilla y el árbol y sólo se trate de una metamorfosis, pero eso no toca en nada la diversidad fenomenológica puesta por lo incomprensible, en el sentido antes aludido.

Del concepto fenomenológico de *proceso* se pasa al de psicosis endógena, indicador de la existencia de una disposición especial (genética o adquirida), capaz de permitir un vivenciar tan singularísimo y, sin embargo, “tan natural”, a diferencia del vivenciar del psicótico y orgánico, en todo momento desmantelado y hueco.

Este *brotar natural*, propio del *proceso, de la fase* (psicosis maníaco-depresiva) y del *desarrollo* (paranoia), es lo que los constituye en especies dentro del campo genérico de la endogeneidad.

El concepto de psicosis endógena es uno de esos conceptos ordenadores de los cuales no prescinde la ciencia en un cierto momento y que en este caso alude, como acaba de decirse, a la diferencia básica entre lo psíquico anormal que brota con “naturalidad plena” y lo que deja la inconfundible impresión “de lo venido a menos” (psicosis exógenas), pero de ningún modo disfraza un supuesto dualismo metafísico alma-cuerpo, ni se refiere a participaciones leves o masivas del sistema nervioso. El descubrimiento de lesiones o disfunciones que provoquen categóricamente la esquizofrenia o la psicosis maníaco-depresiva, no destruirá el concepto de endogeneidad, porque un concepto causal-explicativo cualquiera no anula conceptos fenomenológicos que sólo aspiran o a describir directamente o a ordenar lo descrito. A este respecto cabe afirmar que la psiquiatría fenomenológica no sólo no sustituye a las investigaciones causales o comprensivas, sino que, al contrario, las urge a buscar las causas o las motivaciones de las sucesivas unidades que ella elabora; les pide sí, cordura, a fin de no precipitarse antes de tiempo en costosas investigaciones experimentales sobre fenómenos aún no bien discernidos o apenas barruntados.