

LA FENOMENOLOGÍA PSIQUIÁTRICA COMO EPISTEMOLOGÍA Y SUS CONSECUENCIAS TERAPÉUTICAS

THE PSYCHIATRIC PHENOMENOLOGY AS EPISTEMOLOGY AND THEIR THERAPEUTIC CONSEQUENCES

OTTO DÖRR ZEGERS*

RESUMEN

El autor formula un conjunto de reflexiones acerca de la perspectiva fenomenológica en la psiquiatría tanto en el campo del diagnóstico como en el ámbito de la intervención psicoterapéutica. Basándose en las ideas de Gadamer discute el papel del lenguaje en la evaluación diagnóstica, pero también señala la importancia de la “atmósfera” propia de cada enfermedad. Asimismo, trata de la importancia de técnicas psicoterapéuticas surgidas en los últimos años en el contexto del enfoque fenomenológico, tales como la “positivización”, de Benedetti, la intención paradójica, de Selvini Palazzoli, el “reconocimiento proyectivo”, de Wulff, y las “estrategias dialécticas” desarrolladas por Stierlin.

PALABRAS-CLAVE: Fenomenología psiquiátrica. Epistemología. Consecuencias terapéuticas.

ABSTRACT

The author discuss the significance of the phenomenological perspective in the psychiatric diagnostic as in the psychotherapy. Using as the frame of reference the ideas of the German philosopher Gadamer he remarks the role of language in the diagnostic evaluation and also of the “atmosphere” of each sickness. New therapeutic developments which have a theoretical basis in the phenomenological approach are briefly commented (for example, positivization, by Benedetti, paradoxical intention, by Selvini Palazzoli; projective acknowledgment, by Wulff, and dialectic strategies, developed by Stierlin).

KEY WORDS: Psychiatric phenomenology. Epistemology. Therapeutic consequences.

* Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Chile. Jefe del Servicio A del Hospital Psiquiátrico de Santiago.

La fenomenología es un método de análisis y conocimiento de realidades complejas también aplicable, por cierto, a los hechos psicopatológicos. Desde esta definición provisoria no parece fácil a primera vista el encontrar un nexo entre la fenomenología y el tratamiento de enfermos individuales. Sin embargo, tanto la historia de la psiquiatría como ciertos desarrollos psicoterapéuticos de las últimas décadas, demuestran lo contrario. Desde el punto de vista histórico bastaría mencionar los nombres de Karl Jaspers y de Ludwig Binswanger para percatarse de la trascendencia que ha tenido la fenomenología en todo el ámbito de la psiquiatría, incluida la terapéutica. El primero y aun cuando él conscientemente limitó la aplicación del método fenomenológico a su primera etapa, la meramente descriptiva, negándose a avanzar hasta la intuición de esencias, representó una tremenda revolución para la psiquiatría, al distinguir tajantemente entre comprensión y explicación. Esto significó, en primer lugar, que el método comprensivo pudo otorgarle un importante espacio en la psiquiatría académica al psicoanálisis y a las teorías psicodinámicas, hasta ese momento consideradas un tanto marginales; pero más allá de eso, permitió separar los desarrollos paranoídeos con respecto a la esquizofrenia y, más importante aún, abrir, con Kretschmer, el camino hacia la comprensión de las psicosis. Binswanger, por su parte, con su aplicación sistemática del análisis existencial a la biografía de pacientes esquizofrénicos, permitió ampliar el horizonte de comprensión mucho más allá de esa suerte de comprensión término medio postulada por Jaspers. Su definición de psicosis como “ruptura de la coherencia de la experiencia natural”, la descripción de la existencia esquizofrénica previa a la irrupción de la psicosis como caracterizada por “la escisión en alternativas irreconcilia-

bles” o el concepto de formación de un “ideal excéntrico” (*verstiegene Idealbildung*) y el consiguiente ocultamiento (*Deckung*) del lado rechazado de la alternativa (escindida), son todos progresos indiscutibles en el develamiento de la esencia de esta misteriosa enfermedad y que sin duda alguna han tenido repercusiones en el campo terapéutico.

Pero antes de entrar concretamente en este campo quisiera detenerme un momento en el concepto de fenomenología. Lo primero que habría que decir es que ésta nada tiene que ver con lo que la literatura psiquiátrica anglosajona llama “fenomenología”. Esta última se refiere a la simple descripción de las manifestaciones más visibles de una enfermedad determinada. En rigor ellos deberían hablar de “sintomatología” y no de “fenomenología”. El síntoma es el elemento externo y visible de un contexto o proceso etiopatogénico (la enfermedad) que, en sí mismo, no se muestra. El fenómeno, en cambio, es “lo que se muestra en sí” (Heidegger, 1927) y comprende al mismo tiempo al síntoma que lo anuncia como a la perturbación que lo subyace. La fenomenología no se queda, entonces, en lo que está ahí delante (lo obvio), sino que intenta, por medio de la *epoché*, llegar hasta la intimidad de su estructura, hasta su esencia. Este procedimiento, desarrollado a cabalidad por Husserl (1962), tiene sus orígenes en la misma filosofía griega, que fundamentó su *episteme* en un ir más allá de la *doxa*, la opinión que se basa en el modo como espontáneamente se presentan las cosas al ser humano en su vida cotidiana. Es la aspiración a penetrar hasta la estructura interna de lo real lo que distingue al conocimiento científico del conocimiento vulgar. Ahora bien, la tarea que se planteó el filósofo fue más ambiciosa que la de los griegos, en el sentido que lo que él pretendió describir con exactitud fueron las mismas capacidades humanas que nos permiten el conocimiento.

En una primera aproximación Husserl trató de investigar el sujeto del conocer, vale decir, nuestro entendimiento mismo (investigación inmanente); pero luego se dio cuenta que nada podía saber del sujeto cognoscente sin averiguar también **eso** por conocer, sea éste un objeto natural o un objeto cultural (investigación trascendente). Así él superó en cierto modo los dualismos sujeto-objeto, inmanente-trascendente, al proponerse investigar los procesos subjetivos del conocimiento **junto con** aquello que se nos muestra como objeto en el acto de conocer, a saber, el fenómeno. Y a este acto lo llamó “acto intencional”. Pero la intencionalidad no es un mero modo de relación entre el sujeto y el objeto, sino un rasgo esencial de la conciencia. Expresado con las palabras de Husserl: “En los simples actos de percibir estamos dirigidos a las cosas percibidas, en el recordar a las recordadas, en el pensar a los pensamientos, en el evaluar a los valores, en el desear a los objetivos y perspectivas...” (*Phänomenologische Psychologie*, p. 237). Y es debido justamente a esta característica de la conciencia que nosotros los humanos estamos desde el primer momento **con las cosas** y permanecemos siempre junto a ellas. Y es también el carácter intencional de la conciencia el que le permite a ésta comportarse trascendentalmente con respecto a sí misma. Sin el descubrimiento de la intencionalidad habría sido imposible superar la ingenuidad que impera tanto en la conciencia natural o pre-reflexiva como en la conciencia científica y lógica.

En la vida diaria nos encontramos siempre en una actitud natural e ingenuamente orientados hacia el mundo de los objetos, pero esta actitud no nos conduce al conocimiento, ni menos al conocimiento científico. La ciencia empírica ha accedido a este último a través de la reducción de los objetos que se nos presentan en la experiencia natural a uno

solo de sus aspectos. Así, por ejemplo, cuando el químico se aproxima al agua, él reduce todos sus significados a la mera composición molecular: dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno. En rigor, lo que hace el científico natural es proyectar la teoría físico-química de la realidad sobre la totalidad del fenómeno, descartando el resto de los elementos constitutivos del objeto real. De este modo el químico no considera la capacidad que tiene el agua de saciar la sed o de hacer que los campos produzcan frutos y olvida por completo los simbolismos vinculados a la profundidad del mar o la importancia de las nubes o la belleza de un lago. Por el contrario, cuando el fenomenólogo, abandonando la actitud natural, adopta una actitud reflexiva, él dirige su atención a la totalidad de las muchas formas en que un objeto es percibido en la conciencia. Como lo formulara Blankenburg (1962), la actitud fenomenológica intenta “ser lo más abierta posible a las diferentes formas de ser del objeto que nos hace frente, es decir, ella intenta ser aún ‘más natural’ que la propia experiencia natural. Pero por otra parte, también intenta ‘ser más científica’ que la experiencia científica, en la medida que no se limita a un proyecto particular, sino que transforma en su tema la totalidad de los modos de ser y los investiga con respecto a su constitución”. (p. 413) En otras palabras: en toda experiencia real experimentamos más de lo que la percepción del mero objeto nos entrega. Esto fue formulado en forma brillante cien años antes de Husserl por Goethe en uno de sus aforismos: “La experiencia es siempre sólo la mitad de la experiencia”. Siempre vivimos más de lo que vivimos, experimentamos más de lo que experimentamos y explorar esta otra parte es la gran tarea de la fenomenología. El principio de Goethe, en sí mismo tan similar a las postulaciones de Husserl, nos lleva directamente a la obra de Marcel Proust. El

profundo significado de su novela “En busca del tiempo perdido” está en el rescate de todo lo que él experimentó en el pasado y vivió en ese momento sin casi tomar conciencia de ello. Las principales características de su obra son similares a las etapas fundamentales del método fenomenológico: una apertura total a la realidad, una actitud reflexiva que percibe la realidad como entregada a la conciencia y una eliminación progresiva de todos los presupuestos, prejuicios y elementos accidentales como un instrumento para lograr una visión de la esencia de lo que se experimenta.

No es el caso referirnos acá a los grandes aportes de la fenomenología a la psiquiatría, además de los dos ya mencionados y que aparecen ligados a nombres como Viktor von Gebattel, Erwin Straus, Jürg Zutt, Eugene Minkowski, Hubertus Tellenbach, Wolfgang Blankenburg, Yves Pelicier, Jean Naudin, etc. La pregunta planteada es si una psicopatología fenomenológica puede ser terapéutica en general y particularmente en el caso de la esquizofrenia. Yo pienso que sí y que esto ocurre de dos formas diferentes: una, a través del diagnóstico fenomenológico, que más que ninguna otra forma de entrevista diagnóstica en la medicina puede ser él mismo terapéutico. La otra es a través de técnicas terapéuticas concretas que han derivado de la fenomenología, como es el caso de las llamadas psicoterapias hermenéuticas, entre las cuales cabría destacar la analítico-existencial y también ciertos procedimientos que no aspiran a constituirse propiamente en una técnica psicoterapéutica acabada, pero que sí pueden muy bien complementar los tratamientos de las enfermedades más graves y particularmente la esquizofrenia, como es el caso de las técnicas basadas en la concepción dialéctica y perspectivística. Éstas tienen, a nuestro modo de ver, una importancia práctica mayor que el análisis existencial mismo.

1. LA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA COMO TRATAMIENTO

Sabemos que en las psicosis funcionales o endógenas no hay substrato que fundamente el diagnóstico. Tampoco existe, por cierto, en las neurosis ni en los trastornos de personalidad. Los diagnósticos operacionales de la psiquiatría anglosajona fueron creados en un intento de superar la subjetividad de los diagnósticos psiquiátricos tradicionales, pero esto es una ilusión, porque los síntomas en psiquiatría no son “cosas” ni “substancias”, no son “entes en sí”, sino complejas experiencias subjetivas del paciente, expresadas en un lenguaje de por sí ambiguo y que sólo la experiencia del entrevistador puede calificar adecuadamente. El paciente no habla de “alucinación auditiva” ni de “delirio primario”. Él dice comunicarse directamente con Dios y tener por ello la impresión de ser un profeta. Sólo un psiquiatra experimentado podrá determinar si esas expresiones corresponden a hechos psicopatológicos o a auténticas experiencias místicas. En otras palabras, los síntomas psiquiátricos acontecen en la interpersonalidad, en el “entre” y de ahí que la actitud hermenéutica y el método fenomenológico sean fundamentales para determinar con alguna precisión el diagnóstico de estas enfermedades, que en cierto modo tampoco existen como entes reales, sino sólo como tipos ideales (Max Weber) a los que cada paciente concreto se aproximará más o menos según el caso.

Todo psiquiatra habrá aprendido de su maestro a reconocer los síndromes psicopatológicos, a través de la respectiva “atmósfera” de cada enfermedad. Un caso clásico de diagnóstico atmosférico es el “*praecox Gefühl*” descrito por Rümke en la esquizofrenia o el “*Melancholie-Gefühl*” descrito por nosotros en la depresión. Ambos corresponden más o menos exactamente al importante concepto de prejuicio en Gadamer,

“ese juicio que es emitido antes de la comprobación definitiva de todos los momentos objetivos determinantes”. Una de las grandes tareas del maestro en la formación del discípulo consistirá, entonces, en enseñarle a separar los “prejuicios” verdaderos de los falsos, o dicho con otras palabras, a captar la verdadera emanación atmosférica del paciente. Este momento atmosférico del encuentro con el paciente adquiere particular importancia en el campo de las psicosis. En las neurosis existe al menos esa dimensión de la **profundidad**, a la que se puede tener acceso a través de la interpretación de los sueños o la asociación libre y que va a permitir establecer un nexo entre el síntoma que aparece en primera instancia como incomprensible y el contenido reprimido en el inconsciente, descubriendo así su sentido. En el caso de las psicosis todo debe surgir del encuentro, de la atmósfera que el paciente emana y de la reacción que provoca en el entrevistador. Sabemos que el mismo Gadamer abrió la posibilidad de incorporar el mundo pre-verbal a la labor hermenéutica a través de la importancia que le diera al concepto de “gusto” o más bien de “buen gusto” (*Wahrheit und Methode*, p. 31). Para él, el gusto “...por su esencia más propia no es una cosa privada, sino un fenómeno social de primer orden” (p. 33). Lo que se ha dado en llamar “falta de contacto”, “afectividad plana” o “lejanía” en el esquizofrénico es algo difícil de definir, pero corresponde a un fenómeno pre-verbal originario y tan certero como el gusto. “El buen gusto está siempre seguro de sus juicios”, nos dice Gadamer (op. cit., p. 33). En el encuentro con el esquizofrénico echamos de menos una cierta comunidad primordial, eso que los japoneses llaman “ki” (Tellenbach, 1987). Nuestras respectivas emanaciones no concuerdan, no están en el mismo tono.

Esta dificultad que percibimos en el encuentro con el esquizofrénico la ilustra en

forma muy impresionante un trozo del diario de uno de mis pacientes más antiguos, poseedor de una gran capacidad de introspección. “Hace tiempo que ya no soy capaz de recordar los rostros de la gente conocida, ya que sólo me atrevo a mirar sus piernas... Cuando vino el encuentro con la muchacha, habría necesitado sólo saludarla, pero me cerré como un cortaplumas. Todavía la veo venir hacia mí. De pronto todo se oscureció, como si lo hubieran borrado y yo empecé a temblar, me di vuelta y seguí mi camino... La proximidad con respecto a los otros se me hizo insoportable y entonces, para poder superarlo, tuve que caer en una suerte de estupor...”/. De esta fracasada comunidad pre-verbal se sigue casi necesariamente la dificultad en la comunicación a través del lenguaje.

Recordemos que para Gadamer el lenguaje es, por cierto, el medio, pero también el horizonte de toda experiencia hermenéutica. En un pasaje de su libro *Verdad y Método* nos dice: “el lenguaje no es sólo una de las capacidades de las cuales el hombre está dotado en cuanto es en el mundo, sino que en él se basa y se representa el hecho que los hombres simplemente tengan mundo. Para el hombre el mundo está ahí en cuanto tal y en una forma bajo la cual no tiene existencia para ningún otro ser vivo en el mundo. Y esta existencia está constituida lingüísticamente”. (op. cit., p. 419). En pocas ocasiones tenemos la oportunidad de comprobar con mayor evidencia este aserto de Gadamer que frente a un enfermo esquizofrénico. Desde las primeras descripciones de esta enfermedad se le otorgó una importancia primordial a las alteraciones del lenguaje. El “pensamiento laxo” de Bleuler, la clásica disgregación o los neologismos han sido considerados siempre entre los síntomas fundamentales de la esquizofrenia. En un trabajo anterior (1985) intentamos demostrar que la alteración del lenguaje era el único síntoma específico de

esta enfermedad. También sostuvimos que dentro de la multiplicidad de formas que puede adoptar esta alteración era quizás la pérdida del carácter “dialógico” de la palabra el fenómeno más sustantivo. ¿Y cómo se presenta esta alteración en el encuentro con el paciente? Quizás si lo más característico del momento verbal de este encuentro sea la sensación que tiene permanentemente el entrevistador de entender y no entender al mismo tiempo lo que el enfermo está diciendo. Es una experiencia semejante a la de estar en el extranjero en un país cuya lengua se conoce en forma muy insuficiente. Dejemos de lado las perturbaciones más severas del lenguaje, como son la disgregación o los neologismos, para quedarnos sólo con el fenómeno del “pensamiento laxo”. Ocurre que aquí no hay fallas gramaticales ni tampoco de la sintaxis, no necesariamente hay contenidos tan abstrusos, que por sí mismos dificulten la comunicación y, sin embargo, no entendemos. La respuesta la da el mismo Gadamer, cuando afirma: “No sólo el mundo es mundo en cuanto accede al lenguaje, sino que el lenguaje sólo tiene una verdadera existencia en la medida que el mundo se representa en él” (op. cit., p. 531). En otras palabras, si cambia el mundo, cambia el lenguaje, si se altera la percepción de aquél, necesariamente se alterará la expresión de éste. Ahora bien, en el fallido diálogo con el esquizofrénico se nos hace patente la ajenidad de su mundo, pero también percibimos que el diálogo mismo se torna esquemático y progresivamente más difícil. Aquí no ocurre eso que Gadamer destaca como lo esencial de una conversación: que no la podamos manejar a nuestro gusto, sino que ella nos conduce por derroteros a veces insospechados. “De hecho, la verdadera conversación no es nunca la que uno habría querido llevar. Al contrario, sería más correcto decir que ‘entramos’ en una conversación, cuando no que nos ‘enredamos’ en

ella”. (op. cit., p. 361). La conversación con el esquizofrénico transcurre, en cambio, en forma fatigosa, se interrumpe a cada momento, el examinador se siente vacío, sin ideas y tiene que hacer un verdadero esfuerzo para plantear nuevas preguntas, cada vez más dirigidas y evitar así que el diálogo desaparezca en un incómodo silencio. Con otras palabras, falta aquí esa suerte de vida propia que Gadamer describiera como el elemento central de la verdadera conversación, del diálogo hermenéutico.

En suma, en la entrevista diagnóstica en psiquiatría, tanto en su momento pre-verbal como en su momento verbal, la actitud hermenéutica y el método fenomenológico resultan ineludibles. Basar ese primer encuentro con el paciente en una serie de preguntas dirigidas a “extraer” síntomas o a la aplicación de cuestionarios significa traicionar la naturaleza del objeto de nuestra ciencia, que es el hombre mentalmente enfermo. Si no sabemos reconocer la riqueza del momento pre-verbal, se nos escapan quizás los hechos más específicos, al menos en los cuadros psicóticos. El no adoptar una actitud fenomenológica durante la etapa verbal del encuentro implicará necesariamente una entrega a una teoría previa, lo que se traducirá en un comprobar en el paciente justo lo que hemos proyectado en él, perdiéndose así toda la riqueza del encuentro. Ahora bien, una vez hecho el diagnóstico atmosférico, de una esquizofrenia en este caso, se tratará de lograr un verdadero encuentro con el paciente al nivel que sea posible y ganar con ello un mínimo de confianza. Es fundamental, por cierto, no discutir con él el tema del delirio a un nivel racional, sino por el contrario, aceptar su contenido con la mayor naturalidad. El paciente va a estar agradecido de ello y aceptará de mucho mejor grado alguna suave interpretación psicodinámica de corte muy

general que se nos ocurra en ese momento, con lo cual se establecerá un vínculo que puede ser fundamental para futuras intervenciones. El abandono de la actitud de “entrevistador” para adoptar la actitud de aceptación total del otro ha sido llamado por Benedetti “positivización” (*Positivierung*) (1983). Este autor describe siete formas de “positivización”, entre las cuales destaca la de descubrir el lado creativo del paciente a través de sus procesos (cognitivos) deformados. Y con esto pasamos al tema de los métodos terapéuticos propiamente tales, que de alguna manera derivan de la fenomenología.

2. LAS PSICOTERAPIAS HERMENÉUTICAS

Es hermenéutico todo método que no pretende “explicar” algo, sino sólo “comprenderlo”, vale decir, que no pretende recurrir a otro nivel causal, sino simplemente hacer que lo que está ahí delante, en el caso de la psicoterapia un paciente, se manifieste en plenitud. El punto de partida de toda psicoterapia hermenéutica es el colocarse más allá de la alternativa normal-anormal, loco-cuerdo. Por medio de la epoché fenomenológica debemos suspender el realismo ingenuo de la conciencia cotidiana. La primera consecuencia de esta actitud es el renunciar, en el caso de la esquizofrenia, a la aspiración a una *restitutio ad integrum* con plena recuperación del sentido común, en el sentido de Blankenburg (1969). Es necesario comprender las perturbaciones del paciente como una señal inminente de algo nuevo, de un nuevo tipo o forma de relación con el mundo.

a) La psicoterapia analítico-existencial

El análisis existencial pretende comprender al hombre enfermo en el marco de la totalidad de su existencia (*Dasein*), tanto en

el corte transversal de su actual vivenciar y comportarse como en el corte longitudinal de su biografía, considerada ésta no sólo desde el pasado, sino en su proyección hacia el futuro. “En lugar de hablar de conceptos teóricos como principio de realidad y principio del placer, el análisis existencial investiga y trata al hombre psíquicamente enfermo en lo que respecta a las estructuras, elementos estructurales y modificaciones estructurales de su existencia (...) más acá de la distinción entre consciente e inconsciente, alma y cuerpo...”. (Binswanger, 1955). “...*die Daseinsanalyse, anstatt von theoretischen Begriffen, wie etwa Lust- und Realitätsprinzipien, zu sprechen, den psychisch kranken Menschen auf die Strukturen, Strukturglieder und Strukturwandlungen seines Daseins hin untersucht und behandelt, (...) diesseits der Unterscheidung von Bewusstem und Unbewusstem, wie auch von Seele und Leib...*” (S. 307).

El lenguaje tiene una particular importancia en el análisis existencial, no sólo porque éste emplea muchas de las expresiones preposicionales de Heidegger (1927), como ser-en (*in-sein*), ser-con (*Mit-sein*), ser-cabe (*Sein-bei*), sino porque intenta tomar literalmente las palabras del paciente, con lo cual logra una correspondencia con el pensamiento concretístico (*konkretistisch*) de los esquizofrénicos. En cierto modo el análisis existencial comienza allí donde el resto de los sistemas psicoterapéuticos ven su meta, a saber, la compleja estructura de la totalidad. Los métodos analítico-condicionales parten necesariamente del aislamiento de determinados factores y se elevan desde ahí hasta las estructuras más complejas. Los métodos orientados hacia la totalidad, como el análisis existencial, siguen el camino inverso y, partiendo de una visión sintética de grandes complejos o estructuras generales, “descienden” hacia sutiles análisis

de estructuras particulares. De ahí que el paso del análisis existencial hacia algo así como una psicoterapia “constitutiva”, como le ocurrió a Binswanger (1960), es una consecuencia necesaria. Es cierto que, en su intento de aplicar el análisis fenomenológico de la constitución (*phänomenologische Konstitutionsanalyse*), la preocupación de Binswanger fue en principio teórica, pero los desarrollos ulteriores de la investigación fenomenológica no podían sino tener una influencia determinante sobre la psicoterapia. La pregunta fundamental sería “¿cómo se constituye algo en cuanto algo para alguien?” (*wie konstituiert sich etwas als etwas für jemanden?*) o “¿cómo se constituye alguien en cuanto tal para alguien?” (*wie konstituiert sich jemand als jemand für jemanden?*). En el marco de esta pregunta por un constituirse recíproco de sí mismo y mundo se produce una separación de ambos, de modo que la pregunta por la realidad experimentada por el paciente nos lleva de vuelta a la pregunta por los procesos intersubjetivos de constitución de la realidad. Con esto y en palabras de Blankenburg (1983), se logra una suerte de “arqueología” de la constitución de la realidad para el paciente en cuestión. La gran dificultad para el terapeuta consistirá, entonces, en tener que hacer esta reconstrucción (de la constitución de la realidad del paciente en la cual fue posible el delirio) en la misma situación terapéutica y no *a posteriori*. Las relaciones con el psicoanálisis son evidentes, aun cuando el punto de partida del análisis existencial es más radical, al poner entre paréntesis el carácter objetivo de la realidad, algo impensable para el psicoanálisis o para cualquier otra forma de investigación positivista. Una interesante coincidencia entre ambas escuelas es la que se da, en el campo del autismo esquizofrénico, entre lo que Benedetti (1976) llama “ocupación excesiva de una débil conciencia del yo” y lo que Blankenburg ha interpretado como “inter-

cambio de roles entre el yo natural y el yo trascendental” (*Vertauschung der Rollen von natürlichen und transzendentelem Ich*). Otro paralelismo evidente es el que se da entre el concepto de “contra-identificación” (*Gegenidentifikation*) de Benedetti (1976) y el de “hacerse cargo” (*Tragung*) de Binswanger.

Blankenburg (1982) ha desarrollado un esquema comparativo entre las psicoterapias hermenéuticas y las analítico-condicionales, que es sumamente ilustrativo. Entre las primeras pone como ejemplo extremo el análisis existencial y entre las segundas, la terapia cognitivo-conductual. En esta contraposición se puede observar cuán diferentes y polares son ambos métodos terapéuticos, lo que vale tanto para sus fundamentos teóricos, como para su metodología, sus ventajas y desventajas. El psicoanálisis ocupa una posición en cierto modo intermedia dentro de esta polaridad, por cuanto por una parte se preocupa de los elementos “explicativos” (interpretaciones genético-causales y deterministas) y por otra, su praxis está marcada, a no dudarlo, por el momento comprensivo. Su ubicación ambigua en relación con la comprensión y la explicación la define muy bien Kohut (1975) con las siguientes palabras: “Mientras la introspección mística puede comprender, pero no explicar y la psicología científica explica, pero no comprende, el psicoanálisis explica lo que comprende” (*Während die mystische Introspektion verstehen mag, aber nicht erklärt, und die wissenschaftliche Psychologie erklärt, aber nicht versteht, erklärt die Psychoanalyse, was sie versteht*).

b) Otras aplicaciones psicoterapéuticas de la fenomenología

1. El perspectivismo

Una de las realidades más incuestionables que ha permitido poner en evidencia el

análisis fenomenológico del mundo intersubjetivo es la perspectividad. Entendemos por tal el simple hecho que el ser humano está ligado necesariamente a un determinado punto de vista, desde el momento que es un cuerpo que está siempre situado y que contempla al mundo y a los otros desde esa su perspectiva. Esta fijación puede ser hasta cierto punto superada por el hombre por medio de un cambio de lugar o de punto de vista. En la fisiología de los sentidos esto ocurre a través del círculo de percepción y movimiento (*Gestaltkreis*), descrito por von Weizsäcker (1946), el cual permite una perfecta interacción con el mundo. Pero esto no es válido para los juicios. Para un sano “juicio de realidad” (*Realitätsurteil*) se requiere de una forma especial de espontaneidad (*Eigenbeweglichkeit*), cual es la de colocarse en la perspectiva del otro, el de tratar de ver la realidad “con los ojos de los otros”. Pero como a su vez los otros tienen que tratar de verla con mis ojos, resulta de ello un natural intercambio de perspectivas (*Perspektiven-Austausch*). El ponerse en la perspectiva del otro significa necesariamente tomar distancia con respecto al propio punto de vista y esto pareciera ser una *conditio sine qua non* de una relación sana con el mundo. Wulff (1993) sostiene que la dialéctica entre dejar ser y actuar modificante (*Sein-lassen und veränderten Tun*) estaría en la base de toda relación no delirante consigo mismo y con el mundo (*wahnfreier Realitätsbezug*). Así como el hombre sólo puede relativizar su necesaria fijación a un punto en el espacio cambiando libremente de lugar, así también en otros ámbitos sólo podrá superar la dependencia de su propia subjetividad en la medida que sea capaz de relativizar su percepción, modificándose a sí mismo. El ser relativizado por la intencionalidad del otro significa para el hombre sano no una amenaza, sino una auténtica ayuda en el proceso de relativizarse a sí mismo, que al mismo tiempo implica tanto

rectificación como enriquecimiento de la propia perspectiva. El paciente esquizofrénico, en cambio, carece de la espondeidad como para colocarse activamente en el lugar del otro; él no puede desprenderse de su propia perspectiva ni tampoco, por ende, de sí mismo.

Las consecuencias terapéuticas de lo antedicho son inmediatas. En primer lugar, se pueden elaborar técnicas de tipo cognitivo-conductual que faciliten el desarrollo del “intercambio de perspectivas”. Blankenburg (1991) habla en este contexto de “promover la interpersonalidad por medio de un *training* en movilidad de las perspectivas” (*Perspektivenbeweglichkeit*). Se estimula al paciente a contemplar los objetos de su entorno de todos los lados posibles y tomar así conciencia de cuán distinta puede verse una cosa según desde donde se la mire. Luego se puede complejizar el ejercicio, llevándolo de los objetos a las personas y en este caso, ya no tanto referido al aspecto físico (que también será algo distinto según la perspectiva), sino más bien al mundo del otro, a su profesión, a sus valores e intereses. Lo mismo se puede hacer en grupos y por medio de videos. En el caso de los pacientes agudos estos ejercicios son, por cierto, difíciles de aplicar. Ahí tendrá que ser más bien el terapeuta el que se esfuerce por ponerse en el lugar del paciente y tratar de comprender cómo y desde dónde él ve el mundo como lo está viendo. Esto se puede hacer incluso en forma concreta, poniéndose el terapeuta al lado del paciente y no al frente, con lo cual las miradas se hacen paralelas y se alivia ese natural temor que embarga siempre al esquizofrénico ante el encuentro frontal. Pero en general vale para el terapeuta de esquizofrénicos el imperativo de compartir la perspectiva de ellos, aunque esto signifique aceptar el contenido de un delirio o la inadecuación de una conducta. Esta actitud tiene particular valor en el trato con el paciente y su familia. Sabemos cuán anormal

es la interacción entre los miembros de la familia esquizofrenógena (*schizophrenogene*) y cómo el paciente está expuesto permanentemente no sólo al conocido “*double bind*”, sino también a verdaderas descargas de agresividad muy destructivas de parte de los otros miembros de la familia. El sentir que el terapeuta comparte su perspectiva y no la de los otros puede significar un enorme alivio justo en situaciones donde la tensión emocional lo habría empujado a refugiarse en síntomas aún más severos, como es el caso de las alucinaciones auditivas o la disgregación.

2. La perspectiva dialéctica

La cuestión de la positividad de lo negativo se remonta a Hegel. Para él lo negativo “es el principio absoluto que rige toda vida natural y espiritual” (*das Prinzip aller natürlichen und geistigen Lebendigkeit überhaupt*). El primero que intentó aplicar en forma sistemática la dialéctica en psiquiatría fue Wolfgang Blankenburg (1981). Su punto de partida es la hipótesis de que en la anormalidad o enfermedad mental (lo negativo) debe encerrarse una cierta positividad. Blankenburg recuerda el caso del cristianismo, donde este tipo de pensamiento aparece una y otra vez: los últimos serán los primeros, hay que morir para resucitar, etc. También nos recuerda que la obra de Heidegger está llena de estructuras dialécticas, como por ejemplo ser proyectante y estado de yecto (*Entwerfendsein/Geworfenheit*), desocultamiento y ocultamiento (*Entborgenheit/Verborgenheit*), mundanización y desmundanización (*Verweltlichung/Entweltlichung*), etc. Dentro de esta perspectiva desarrolló en detalle los aspectos positivos de la histeria, mostrando de qué manera todos sus rasgos podrían interpretarse no como una mera conducta desviada (*abweichendes Verhalten*), sino como un movimiento de la existencia **en contra** de una estructura opuesta, caracterizada por exceso

de autenticidad, de identificación con el rol, de rigidez, etc. Siguiendo la línea iniciada por Blankenburg, intentamos nosotros a partir de 1986 aplicar este modelo a todos los síndromes psicopatológicos no orgánicos (*nicht organische psychopathologische Syndrome*), resultando que al ordenarlos en polaridades adoptaban naturalmente una estructura semejante a la que tiene el rectángulo de las oposiciones en la lógica del juicio de Aristóteles, con formas contrarias (polares), contradictorias (que se excluyen la una a la otra) y subalternas (unas formas serían versiones más atenuadas o más estructuradas de las otras). No podemos aquí tratar esto en detalle, pero sí quisiéramos destacar que esta perspectiva es sin duda más cercana al hecho clínico de las múltiples transiciones entre los distintos síndromes psicopatológicos. Y es muy distinto acercarse a un paciente poniendo la atención en sus aspectos negativos y deficitarios que hacerlo en la actitud contraria, de considerar cuánta positividad encierra ese modo de ser o ese vivenciar o comportarse desviado de la norma. Extrema es la validez de esta perspectiva en el caso de los genios, pero al igual que Blankenburg descubrió la positividad de la histeria, podría hacerse lo mismo con la obsesividad, con la depresión, la manía y la misma esquizofrenia. El esquizofrénico muestra un nivel de autenticidad, de radicalidad en su búsqueda de la verdad (aunque esto parezca una paradoja si pensamos en el delirio), de facilidad para acceder a la dimensión trascendente y de originalidad en sus apreciaciones de la realidad que superan con mucho los alcanzables por los llamados normales.

Las consecuencias terapéuticas son evidentes (*liegen auf der Hand*). Fuera de lo que se gana en el contacto con el paciente al adoptar esta perspectiva, se han desarrollado en los últimos años técnicas terapéuticas para los esquizofrénicos que no pueden ser sino consideradas dialécticas. Pensemos por ejemplo

en la ya mencionada “positivización” (*Positivierung*) de Benedetti (1992), en la intención paradójica de Mara Selvini Palazzoli (1982), en el “reconocimiento proyectivo” (*projektive Anerkennung*) de Wulff (1995) o en las “estrategias dialécticas” (*dialektische Strategien*) desarrolladas por Stierlin (1985) en las psicoterapias con familias de esquizofrénicos. Todas éstas son técnicas inspiradas indiscutiblemente en el pensamiento dialéctico y como tales, emparentadas tanto con la fenomenología como con la hermenéutica. Dialéctica, fenomenología y hermenéutica se distinguen de cualquier otra forma de teoría por su absoluta referencia a lo que es originario y primordial. El objeto de nuestro trabajo como psiquiatras y terapeutas es el ser humano mentalmente enfermo, es decir, la más compleja realidad del universo, puesto que lo que enferma es justamente aquello que hace posible el conocimiento y la cultura. Ello hace que la tentación de caer en interpretaciones reduccionistas del fenómeno humano constituya una amenaza permanente. La complejidad aludida y el hecho que en cada momento de nuestro quehacer estemos siendo cuestionados nosotros mismos nos obliga a mantenernos lo más abiertos posibles y nada mejor para alcanzar esta meta que adoptar

una actitud hermenéutica y aplicar el método fenomenológico, por medio del cual podemos descubrir las estructuras dialécticas del ser humano.

En rigor fue Platón el primero que vio la relación esencial entre hermenéutica y dialéctica. La “apertura” que caracteriza a la hermenéutica se materializa en la pregunta. “No es posible realizar experiencias cuando falla la pregunta previa”, dice Gadamer (1960, p. 439). Pero hay una cierta negatividad inherente a toda pregunta. Sócrates llevó esta negatividad a la dimensión más radical en su famosa sentencia “sólo sé que nada sé”. Y esta negatividad de la pregunta hermenéutica es isomorfa con la negatividad de la experiencia dialéctica. Cada experiencia debe pasar por el fracaso para alcanzar su verdadera dimensión. Preguntar partiendo de una actitud lo más abierta posible y realizar la experiencia de la negatividad son ambos elementos sustantivos de la práctica psiquiátrica y psicoterapéutica cotidiana. No es posible ejercer nuestra vocación sin saber como preguntar, como fracasar y como rescatar dialécticamente algún conocimiento y alguna ayuda para el paciente desde ese mismo fracaso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bateson, G.: Ökologie des Geistes. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 4. Auflage (1983).
2. Benedetti, G.: "Der Wahn in der Sicht der Psychotherapie". In: Wahn und Perspektivität, hrsg. von W. Blankenburg. Stuttgart: Enke (1991), S. 81-89.
3. Benedetti, G.: Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht (1992).
4. Binswanger, L.: "Daseinsanalyse und Psychotherapie". In: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, Bd. II. Bern: Francke (1955).
5. Binswanger, L.: Schizophrenie. Pfullingen: Neske (1957).
6. Binswanger, L.: Melancholie und Manie. Pfullingen: Neske (1960).
7. Binswanger, L.: Wahn, Beiträge zu seiner phänomenologischen und daseinsanalytischen Erforschung. Pfullingen: Neske (1965).
8. Blankenburg, W.: "Aus dem phänomenologischen Erfahrungsfeld innerhalb der Psychiatrie". Schweiz. Archiv. f. Neurol. Neurochir. u. Psychiat. 90: 412-421 (1962).
9. Blankenburg, W.: "Ansätze zu einer Psychopathologie descommon sense". Confin. Psychiat. 12: 144-163 (1969).
10. Blankenburg, W.: "Wie weit reicht die dialektische Betrachtungsweise in der Psychiatrie?" Z. f. Psych. Psychother. 29, Heft 1: 45-66 (1981).
11. Blankenburg, W.: "Zur Indikation hermeneutischer Methoden in der Psychotherapie am Paradigma der Daseinsanalyse". In: Helmchen, H. et al.: Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York: Springer (1982), S. 41-46.
12. Blankenburg, W.: "Perspektivität und Wahn". In: Blankenburg, W. (Hg.): Wahn und Perspektivität. Stuttgart: Enkre (1991), S. 4-28.
13. Blankenburg, W.: "Zur Psychopathologie und Therapie des Wahns unter besonderer Berücksichtigung des Realitätsbezugs". In: Schizophrenien - Wege der Behandlung. Hrsg. von P. Hartwich & B. Pflug. Berlin: Wiss. und Praxis (1999), S. 59-87.
14. Bleuler, E. & Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin. Heidelberg: Springer (1966).
15. Dörr Z., O.: "Zum Problem schizophrener Begegnungsweisen" (mit K. Diebold). Jhb. Psychol. Psychother. Med. Anthropol. 12: 23-36 (1965).
16. Dörr Z., O. und Tellenbach, H.: "Differentialphänomenologie des depressiven Syndroms". Nervenarzt 51: 113-118 (1980).
17. Dörr Z., O.: "Die Destruktion der Sprache zur schizophrenen, Logopathie". In: Sprache und Schizophrenie. A. Kraus & Ch. Mundt (Hrsg.) Stuttgart-New York: Thieme (1991), S. 97-104.
18. Dörr Z., O.: "Hacia una concepción dialéctica en psicopatología". Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. 18, 4: 244-257 (1990).
19. Dörr Z., O.: "Reflexiones sobre la genialidad a propósito de Alexander von Humboldt". Boletín del Humboldt Club de Chile, Año 13 N° 1: 39-50 (2000).

-
20. Gadamer, H.G.: *Wahrheit und Methode*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), 2. Auflage (1965).
 21. Goethe, J.W.: "Aphorismen und Frangmente". In: *Wissenschaftliche Schriften*. Zürich und Stuttgart: Artemis (1966).
 22. Häfner, H.: "Symptom und Diagnose". In: *Arzt im Raum des Erlebens*. Hrsg. V. H. Stolze. München: Lehmann (1959).
 23. Heidegger, M.: *Sein und Zeit*. (1927). Tübingen: Niemeyer, 10. Auflage (1963).
 24. Husserl, E.: *Phänomenologische Psychologie*. Den Haag: Martinus Nijhoff (1962).
 25. Jaspers, K.: *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin. Göttingen. Heidelberg: Springer (1959).
 26. Kimura, B. und Tellenbach, H.: "Über einige Bedeutungen von 'Natur' in der europäischen Alltagssprache und ihre Bedeutung im Japanischen". In: *Psychiatrie als geistige Medizin, von H. Tellenbach*. München: Verlag für angewandte Wissenschaften (1987), S. 186-195.
 27. Proust, M.: *A la recherche du temps perdu*. Paris: Gallimard (1976).
 28. Rümke, H.: "Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien". *Nervenarzt* 29: 49 (1958).
 29. Selvini-Palazzoli, M.: *Paradoja y contraparoja*. Buenos Aires: Editorial A. C. E. (1982).
 30. Stierlin, H.: "Der Therapeut Schizophrener als Dialogpartner und Dialogsermöglcher". In: *Battegay R. (Hrsg.), Herausforderung und Begegnung in der Psychiatrie*. Bern - Stuttgart - Wien: Huber (1981).
 31. Weber, M.: *The methodology of the social sciences*. New York: Free Press (1949).
 32. Weizsäcker, V. von: *Der Gestaltkreis*. Stuttgart: Thieme (1940).
 33. Wulf, E.: "Überlegungen zur Dialektik von Seinlassen und Verändern". Vortrag, gehalten auf dem Symposium "Inter-subjektivität und Interpersonalität" am 18. 06.93 an der Psych. Klinik der Universität Marburg (1993).
 34. Wulff, E.: *Wahnsinnlogik. Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung*. Bonn. Psychiatrie-Verlag (1995).