

FENOMENOLOGÍA Y DISTIMIA

CAMILO SERRANO BÓNITTO *

El modelo médico inferencial compara lo observado directamente por el terapeuta con configuraciones sintomáticas de referencia. El modelo perceptual, utilizado de forma complementaria, incluye aspectos diferentes a los síntomas por medio de los cuales es posible establecer un diagnóstico.

De esta forma se puede integrar más ampliamente el fenómeno observado. La distimia representa un punto de entrada privilegiado para comprender el espectro depresivo. El artículo estudia el fenómeno distímico a través de una experiencia perceptual y destaca la importancia de la relación terapéutica como punto de partida de nuestro ejercicio diagnóstico y de los objetivos del tratamiento ofrecido.

Palabras clave: Modelo perceptual; Distimia; Espectro depresivo; Relación terapéutica; Fenomenología.

DYSTHYMIA AND PHENOMENOLOGY

Inferential medical model compares what is directly observed by the therapist with shapes of symptomatic reference. The perceptual model used in a complementary way includes other aspects than more symptoms in order to establish a diagnosis. One can then incorporate phenomenon observed in a wider sense. Dysthymia represents a crucial point to understand the depressive spectrum. The article intends to promote the study of the dysthymic phenomenon by means of perceptual experience, emphasizing therapeutic relation as a starting point of our diagnostic process and therapeutic goals.

Key words: Perceptual Model; Dysthymia; Depressive Spectrum; Therapeutic Relation; Phenomenology.

* Psiquiatra. Coordinador Salud Mental, Cruz Blanca, EPS. Bogotá.

“El ojo se forma para que la luz interior vaya al encuentro de la luz exterior”.

Introducción a La Teoría de los Colores

J. W. Goethe.

HISTORIA DE LAS PALABRAS, CAMINO DE LAS IDEAS

Considero importante iniciar definiendo lo que el término de distimia ha representado en el saber médico y particularmente en el campo de la psiquiatría. Como en muchas otras áreas del conocimiento occidental es necesario establecer como punto de partida el significado que el mundo griego dio a este término.

La palabra distimia significa, de acuerdo a su etimología, mal humor, y a pesar de que se nombra por primera vez en el *Timeo* de Platón como uno de los aspectos generadores de las enfermedades del alma, junto con la morosidad o *diskolia* ⁽¹⁾, el *Corpus Hipocraticus* parece referirse a ella cuando hace alusión al *Typus* como una tendencia a desarrollar la enfermedad conocida como melancolía, tendencia que refleja una discrasia (o ametria, en términos de Platón), desequilibrio entre el alma y el cuerpo ⁽²⁾.

El nombre de este *Typus Melancholicus* se debe al predominio de la bilis negra en el organismo, causando dicho desequilibrio. Debemos recordar que en la estricta lógica del pensamiento helénico todo lo concerniente a lo corporal encontraba su des-

pliegue final en lo espiritual, todo lo referente al espíritu se manifestaba corporalmente ⁽³⁾.

El *Typus Melancholicus*, es tanto la cólera y la amargura (cholos) como el ensombrecimiento del espíritu. No olvidemos que el saber griego se basó en la observación intuitiva cuidadosa, dirigida al conocimiento de la esencia del fenómeno, como a la comprensión del Ser humano. Así, Aristóteles, tal vez el pensador griego cuyas reflexiones arrojan más luces respecto al tema del espectro depresivo ⁽⁴⁾, enriquece esta visión con múltiples observaciones, dentro de las cuales quisiera destacar:

El potencial desarrollo de la melancolía a partir de dos formas antinómicas de expresión del *Typus* de acuerdo a que la temperatura de la bilis aumente o disminuya. Estos tipos son el estático y el distímico.

La extrema fidelidad con que esta antinomia describe lo inherente a la afectividad del Ser humano. Esta descripción se constituye en una hermosa anticipación conceptual de la antinomia periódica de Kraepelin.

Señalar que esta tendencia o potencial refleja la situación de equilibrio inestable presente en el Ser humano.

Así, esbozados algunos aspectos que sirven de base para la visión fenomenológica actual de la distimia, tema que describiremos más adelante, detengámonos unos instantes en las aproximaciones del conocimien-

to científico contemporáneo acerca de este fenómeno.

Kahlbaum, en 1863, hace la primera descripción clínica de la distimia, al considerarla, en contraposición a la fluctuante ciclotimia, como una forma crónica de melancolía. Basándose en la noción de evolución descrita por Kahlbaum, Kraepelin se refiere en 1918 al temperamento depresivo, temperamento que él consideró como la base para el desarrollo de la enfermedad maníaco-depresiva. Esta característica es retomada en 1936 por Kretschmer en la descripción que hace de la constitución depresiva. K. Schneider, a su vez, describe en 1923 la personalidad depresiva, o más precisamente, el psicópata depresivo, entendiéndolo como una persona con rasgos depresivos más importantes que los del resto de la población. K. Abraham menciona en 1940 el término depresión neurótica, basado en los postulados psicodinámicos profundos del psicoanálisis.

Como vemos, las descripciones más representativas del pensamiento psicológico de la primera mitad del siglo pasado, abordan la distimia con una conceptualización cercana a la de un trastorno de la personalidad.

El viraje conceptual de los Trastornos Mentales, ocurrido principalmente en los últimos treinta años, rescata la neutralidad etiológica y favorece una construcción más amplia e integrada de nuestro conocimiento acerca de ellos. Elementos

antes atendidos parcialmente en el estudio de las enfermedades como: los eventos precipitantes, la incapacidad funcional, la severidad de los síntomas y la comorbilidad, son hoy detectados con mayor precisión. Los sistemas nosológicos actuales se han convertido en un espacio común entre profesionales de diferentes latitudes, pretendiendo hacer más definido el objeto de estudio a través de listados y diagnósticos más sucintos.

La distimia es considerada en esta visión como una forma sub-sindromática del Trastorno Depresivo Mayor, sin síntomas psicóticos y algo muy importante, con una mayor prevalencia de alteraciones subjetivas sobre las observables objetivamente. Actualmente existe consenso que hay un largo camino por recorrer en la atribución de un espacio adecuado para la distimia en las clasificaciones actuales. El reto se hace más importante e imperioso por resolver en la medida en que se detectan con más frecuencia altos índices de prevalencia de trastornos depresivos a nivel mundial.

Este problema de espacio puede resumirse en dos preguntas fundamentales que se hacen los estudiosos hoy en día con respecto a la distimia: ¿es más adecuado concebir la distimia como un trastorno de personalidad o como un trastorno depresivo claramente identificado? ¿Puede distinguirse la distimia de un Trastorno Depresivo Mayor?

MODELO INFERENCIAL Y MODELO PERCEPTUAL

Los problemas de espacio despiertan de forma natural el interés de una visión fenomenológica; y aquellos que se refieren a los espacios diagnósticos no pueden ser desatendidos por la psiquiatría. No olvidemos que la actitud fenomenológica consiste más en plantearse inquietudes que en dictar respuestas, por consiguiente, lo que puede decir respecto a este tipo de preguntas lleva más el sello del cuestionamiento que el de verdad ⁽⁵⁾.

Una de las inquietudes más importantes es la referente a los alcances del modelo inferencial para establecer un diagnóstico estable de distimia. Este modelo, el más utilizado en medicina, se basa en la secuencia de tres puntos: recolección de datos (síntomas específicos), comparación con configuraciones sintomáticas de referencia y decisión diagnóstica por inferencia resultante de esa comparación.

La limitación de utilizar exclusivamente este modelo diagnóstico en psiquiatría radica en la desatención de múltiples aspectos diferentes a los síntomas por medio de los cuales el clínico es capaz de establecer un diagnóstico. Una validación diagnóstica complementaria a este modelo, es la que pretende ofrecer el modelo perceptual, que puntualiza tres aspectos novedosos:

1. Una validez que se basa en la inclusión de aspectos relacionales del

espacio terapéutico (v gr: presencia e intercambio).

2. La identificación de grupos de pacientes más que de tipos de enfermedad mental. Esta identificación se basa en puntos de referencia (o probabilidades) y no en realidades empíricas (o absolutos). Los tipos representan la conjunción de elementos esenciales del ser humano que confieren un aire de familia a los individuos que sufren un mismo trastorno. El reconocimiento de estos tipos eidéticos ⁽⁶⁾, basado en la comprensión perceptual, exige por parte del clínico una actitud científica (ya que presupone una actitud crítica), pero ante todo de la experiencia y pericia del mismo.

3. El reconocimiento, a través de la práctica, de experiencias como el pre-judicio de Gadamer, la experiencia precoz de Rumke, el diagnóstico por penetración de Minkowski y el diagnóstico atmosférico de Tellenbach ⁽⁷⁾.

El síntoma psiquiátrico así comprendido refleja la totalidad eidética del individuo sufriente y no un objeto que acompaña a determinado trastorno, convirtiéndose en un fenómeno constitutivo y no sólo en un momento orgánico y /o psicológico de una enfermedad. La visión fenomenológica promueve un tipo de trabajo en el cual, gracias a la utilización del modelo perceptual ⁽⁸⁾, el ejercicio terapéutico represente una "forma de experiencia" en constante flujo.

ENFOQUE PERCEPTUAL DE LA DISTIMIA

Si aceptamos un estudio del fenómeno distímico basándonos en este tipo de experiencia debemos preguntarnos si es posible describir alguna tipología distímica. Y de ser así, en dónde podemos ubicar su fuente. La fuente del fenómeno distímico se sitúa en una región que enlaza lo psíquico con lo somático. Esta región es el Endon, que puede definirse como la región del individuo en donde convergen lo personal de lo psicológico con lo a-personal de lo biológico, o si se prefiere, como la posibilidad de la huella natural orgánica y lo espiritual de su *physis*, que la proyecta y encauza a través de su existencia. El Endon, como estructura fundadora de la unidad, nos da la capacidad de estar con los demás por medio de una co-experiencia profundamente afectiva, que es expresada posteriormente en términos psíquicos y físicos por la tipología⁽⁹⁾.

De esta forma, el espacio de la relación terapéutica se nos revela como un espacio privilegiado para comprender el fenómeno distímico. Gracias a la impresión y a la observación que en él se conjugan, el diagnóstico obtenido representa un invaluable orientador de cualquier propuesta terapéutica.

EL TYPUS MELANCHOLICUS DE TELLENBACH

Dispongámonos ahora, guiados por la extraordinaria obra de Tellenbach,

a favorecer el espacio de encuentro con el paciente distímico, punto crítico para destinarle un espacio nosológico a la distimia. Basado en su amplia experiencia clínica y conceptual, Tellenbach determinó las características propias a los fenómenos endógenos⁽¹⁰⁾, que podemos enunciar así: frecuencias rítmicas, movimiento de la historia vital, carácter global de la endogenicidad, relación con las fases de maduración y reversión.

Al estudiar por cerca de diez años los pacientes que ingresaron al hospital de Heidelberg en el año de 1959 con diagnóstico de melancolía, Tellenbach observó una serie de rasgos que conformaban de forma estable una tipología. Pudo comprobar además que estos rasgos se reflejaban en alteraciones de los ritmos vitales esenciales (ritmos endógenos) y en los otros aspectos endógenos enunciados con anterioridad, lo que le permitió concluir que la fuente de su expresión provenía de aquella región, y no de ninguna otra. Allí nació su descripción del *Typus Melancholicus*, sin duda como noble homenaje de reconocimiento a los pensadores griegos, en un espíritu tan ilustre como el de él⁽¹¹⁾.

Typus que se caracteriza por los siguientes rasgos constitutivos: espíritu de orden, alto grado de autoexigencia, tendencia a la comunicación simbiótica, hipernomia (atención exagerada a la norma), espíritu concienzudo, seriedad y gravedad.

Tabla 1

ELEMENTOS PERCEPTUALES EN LA DISTIMIA		
TIPOLOGIA	DOMINIO	PUNTOS
Distimia	Presencia	Armonía precaria Desproporción
	Intercambio	Tendencia simbiótica Intersubjetividad congelada
	Corporalidad	Inercia Estatismo

El común denominador de estos rasgos es la inflexibilidad con que se presentan, desatendiendo el contexto de la realidad circundante y la constante amenaza que su contraparte ofrece para una verdadera adaptación (v. gr: ordenado vs. no desordenado). Por estas razones se ha descrito a esta tipología como portadora de una "normalidad patológica", dada la extrema fragilidad para adaptarse a las situaciones de cambio, al movimiento vital producido por éstas y a todo lo que es imprevisible e inesperado. Las etapas críticas de la vida en las cuales estos elementos se presentan, crean un desequilibrio dialéctico de la tipología, que es generador de la descompensación psicótica. Los rasgos constitutivos, antes adaptativos, cobran una autonomía tiránica, estableciendo las situaciones críticas de inclusión (situación espacial en la que

los límites impuestos por el individuo para desarrollar su vida son amenazantes de coartación), y de remanencia (situación temporal en la que la persona se siente irremediablemente a la saga de sus posibilidades de acción) ⁽¹²⁾.

EVALUACIÓN FENOMENOLÓGICA DE LA DISTIMIA

¿Qué aspectos esenciales del fenómeno distímico podemos identificar en la relación terapéutica? ¿Cómo podemos conjugar una experiencia perceptual, donde priman la observación y la impresión, con una experiencia inferencial? Los elementos esenciales de estudio se presentan en la Tabla 1.

El estudio de la dinámica relacional de la personas distímicas muestra una profunda dificultad para esta-

blecer espacios armónicos y proporcionados ⁽¹³⁾. Así, observamos en estos casos, relaciones terapéuticas en las cuales el paciente transfiere dificultades propias a la gran mayoría (o a la totalidad) de sus vínculos afectivos significativos: la tendencia a la simbiosis, la desproporción en la alteridad y la negación de la otredad (por congelación de la intersubjetividad) son elementos frecuentes.

Por otro lado, la corporalidad denota estatismo o tendencia a la inercia, y su vitalidad comporta la doble acepción del término gravedad (como peso y como seriedad). La queja constante deja de ser una manera privilegiada de manifestarse para convertirse en la última modali-

dad de existencia de estos individuos.

Estos son sólo algunos de los múltiples elementos característicos que podemos observar en la relación con el paciente distímico. La invitación al señalarlos, es la de que no perdamos de vista la riqueza de los aspectos presentes en la relación con la persona sufrente, en “ el aquí y el ahora”.

Quisiera finalizar este artículo, compartiendo con ustedes una máxima fenomenológica que dice así: “ la disposición necesaria para comprender el sufrimiento de una manera-de-ser-en el mundo, se gesta en nuestra manera-de-ser-terapeutas”.

REFERENCIAS

1. Platón. Timée. in Samtliche Werke. Pp.84-87-L. Schneider.
2. Hipócrates. Aphorismes VI. Oeuvres complete, Munich: H. Luneburg; 1897. Pp. 47-49.
3. Husserl E. Invitación a la fenomenología. Pensamiento Contemporáneo 21; 1992. Pp 24-25.
4. Aristóteles. Problemata, Libro XXX. In Trabajos. Berlín. Pp. 954.
5. Tatossian A. The problem of diagnosis in Clinical Psychiatry. In: The Clinical approach in psychiatry. Les empecheurs de penser en rond. 1993. Pp. 135-145.
6. Husserl E. Ibid. Pp 46.
7. Tatossian A. Ibid. Pp. 135-145.
8. Hegel GWF. Fenomenología del espíritu. Fondo de Cultura Económica; 1993. Pp 71-82.
9. Tellenbach H. La Mélancolie. Psychiatrie ouverte; 1979. Pp.39-93.
10. Tellenbach H. Ibid. Pp.42-70.
11. Tellenbach H. Ibid. Pp. 111-153.
12. Tellenbach H. Ibid. Pp 198-229.
13. Tatossian A. Phénoménologie de la dépression. Psychiatries; 1975. N 21, Pp 77-85.