Fenomenología de la corporalidad depresiva

Otto Dörr Zegers*

Summary

The author reviews the series of difficulties inherent to the diagnosis of the depressive illness, as well as the different attempts to determine something like a "nuclear depressive syndrome". Then he refers to a previous paper in which he also made a similar attempt. Unlike to what occurs in DSM III and ICD 10, among other modern diagnostic systems, the symptoms appeared linked among them and with the underlying process by essential relationships and not only by contiguity. The problem of the operational systems and of their known lack of specificity lies in the fact that they do not distinguish between symptom and Phenomenon. The first is only the visible element of a chain of links which conceals itself. The phenomenon, on the contrary, is what shows itself by itself" (Heidegger) and encompasses both the symptom and the underlying process. As a contribution to phenomenological diagnosis of depression, the author attempts to make an analysis of corporality of a depressive patient, finding that its most striking feature is "chrematization" (from greek word "chrema", that means a useless thing) or cadaverization. This phenomenon would be always present in a real depression, only that it would be more or less evident according to its severity. This feature discovered through phenomenological intuition permits the comprehension of both, the diversity of particular symptoms of depression as well as the form in which they tend to cluster in the concrete cases.

Resumen

El autor revisa la serie de dificultades inherentes al diagnóstico de la enfermedad depresiva, así como los principales intentos de establecer un síndrome depresivo nuclear. Luego se refiere a un trabajo propio de fines de la década del 60, en el cual el autor intentó también llegar a un "síndrome depresivo nuclear". En él, y a diferencia de lo que ocurre en los actuales sistemas de diagnóstico en boga (DSM III, ICD 10), los síntomas aparecían vinculados entre sí y con el proceso subyacente por relaciones de necesidad y no solamente de contigüidad. El problema de los sistemas operacionales y de su reconocida inespecificidad derivaría del hecho que en ellos no se distingue entre síntoma y fenómeno. El primero es sólo el eslabón visible de una cadena de conexiones que se oculta. El fenómeno, en cambio, es "lo que se muestra en sí" (Heidegger) y abarca tanto al síntoma visible como al proceso subyacente. Como una contribución al diagnóstico fenomenológico de la depresión, el autor realiza por último un análisis de la corporalidad del depresivo, encontrando que su rasgo central es la "chrematización" o "cadaverización". Ello estaría siempre presente en una depresión propiamente tal, pero se haría más o menos patente según el grado o intensidad del cuadro. Este fenómeno descubierto en la intuición fenomenológica per-

mitiría dar razón tanto de los síntomas de la depresión como de la forma en que ellos se ordenan en cada caso.

El problema de la delimitación del síndrome

Cualquier acercamiento al tema de la depresión debe enfrentar ante todo la cuestión de cómo definirla. Si seguimos a la tradición y tomamos como síntoma fundamental el compromiso del ánimo, nos encontramos de inmediato con el problema de las transiciones hacia la normalidad, así como con el hecho que en muchas otras condiciones morbosas también el ánimo aparece comprometido, no siendo siempre fácil diferenciar unas de otras. Así, hay cuadros esquizofrénicos que presentan ánimo depresivo y lo mismo vale para la epilepsia, los deterioros orgánico-cerebrales y, con mayor razón, para las neurosis. Los límites entre la depresión y la neurosis obsesivo-compulsiva, la agorafobia o el llamado "desorden generalizado de ansiedad" (1) son sumamente imprecisos. Pero quizás la mayor dificultad sea la planteada por las transiciones hacia la normalidad. Con demasiada frecuencia vemos confundir problemas sentimentales, fracasos laborales o duelos normales con una enfermedad depresiva. También vemos las negativas consecuencias que tiene el administrar en estos casos algún potente antidepressivo: múltiples molestias subjetivas, amén de la impresión que producen estos pacientes en su entorno familiar y social de estar "raros" o "drogados". En nuestra experiencia, los psiquiatras sobrediagnostican la enfermedad depresiva, mientras, por su parte, los internistas y médicos de otras especialidades la subdiagnostican. No se piensa en este diagnóstico frente a síntomas somáticos aislados o malestares difusos que carecen de sustrato orgánico y los pacientes son sometidos a innumerables exámenes, que resultan negativos, para ser luego descalificados como enfermos "funcionales" y dados de alta previa prescripción de benzodiazepinas. Con ello no sólo no mejora el cuadro depresivo enmascarado, sino que el paciente se siente más decaído e impedido intelectualmente y con no escasa frecuencia adquiere una seria dependencia de este tipo de fármacos.

La dificultad inherente al diagnóstico de depresión llevó muy temprano al intento de establecer algo así como un síndrome depresivo nuclear que estuviera siempre presente y que fuera la expresión directa del proceso fisiopatológico subyacente. Así, Kraepelin

* Departamento de Psiquiatría. División Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

(19) postula que los síntomas fundamentales serían "dificultad para captar estímulos y para pensar, distimia depresiva o ansiosa e inhibición de la voluntad". Bleuler (5) distingue también tres síntomas fundamentales: la distimia depresiva, la inhibición del curso del pensar y la inhibición de las funciones centrífugas tales como decisiones, actos, movimientos. Kurt Schneider (28), siguiendo a Max Scheler (27), describe como síntoma fundamental el compromiso de los sentimientos vitales, siendo entre ellos los más específicos aquellos directamente corporales, como es el caso de la opresión y/o dolor precordial, el *globus melancholicus* y la nuca. Pichot (24), aplicando el análisis factorial, llegó en 1966 a la constatación de cinco grupos de síntomas que se darían con mayor o menor intensidad siempre en el síndrome depresivo: un grupo en torno al humor depresivo, otro a la autoagresividad, otro al enlentecimiento, otro a la disminución de la vitalidad y el quinto compuesto por los síntomas somáticos. Pfeiffer (22, 23), en 1968 y sobre la base de estudios transculturales entre Alemania e Indonesia llegó a la conclusión que los síntomas fundamentales, esos que se presentan siempre y no están determinados por el tipo o grado de civilización o cultura, son: "un cambio del estado de ánimo difícil de definir" y la alteración de funciones vegetativas como el sueño, el apetito y la libido. Tanto la inhibición como la agitación motora, las ideas hipocondríacas como las de culpa y las ideas o intentos de suicidio serían síntomas determinados culturalmente y no pertenecerían, por ende, al síndrome depresivo nuclear.

Bastante antes de la aparición de los actuales criterios diagnósticos para la enfermedad depresiva, como el RDC (*Research Diagnostic Criteria*), los criterios de la Escuela de Saint Louis o el DSM-III y el DSM-III-R, intentamos nosotros ya a fines de la década del 60 determinar algo así como un síndrome depresivo nuclear (7). Con esta finalidad realizamos un extenso estudio clínico-estadístico sobre el tema en el Hospital Psiquiátrico de Concepción, Chile, que nos permitió establecer la existencia de tres grupos de síntomas fundamentales y dos accesorios (en el sentido de no estar necesariamente presentes), todos los cinco derivando directamente del proceso morboso subyacente. En cada uno de estos grupos los síntomas particulares están vinculados entre sí de manera necesaria o esencial. Los tres grupos de síntomas fundamentales para el diagnóstico de una depresión propiamente tal que encontramos en ese estudio fueron:

- 1º. El compromiso del cuerpo vivido o corporalidad (*Befindlichkeit*), dentro del cual la falta de ánimo aparecía como una expresión más de un fenómeno mucho más complejo que comprende también la pérdida de energía, la pesadez corporal, la angustia, las náuseas, la sensación de frío y los síntomas vitales de Schneider.
- 2º. El compromiso de las funciones que Bleuler llamara "centrífugas", vale decir, aquellas que nos conectan con el mundo externo, entre las cuales la inhibición psíquica y motora es la manifestación más característica. La dificultad para atender, concentrarse, tomar decisiones, la pérdida de fuerza de la voz y el enlentecimiento motor son otras for-

mas de manifestarse el mismo fenómeno, al cual Kraepelin también diera tanta importancia, considerándolo como uno de los tres síntomas fundamentales de esta enfermedad (19, pág. 359).

- 3º. El compromiso de la ritmicidad biológica: todos los ritmos vitales se encuentran invertidos, suspendidos o al menos alterados. Y hablamos de ritmicidad y no de ritmos porque la perturbación no se refiere sólo a ritmos particulares como el sueño o la digestión, sino también al modo de desplegarse la existencia en el tiempo, tan característicamente rítmica y periódica. Y así, hay un ritmo diario, uno semanal, uno mensual, uno estacional y uno vital, vale decir, de la vida entera, y todos ellos aparecen alterados de alguna manera.

Estos tres fenómenos a través de alguno de sus respectivos síntomas particulares aparecieron en el 100% de estos pacientes depresivos internados en el Hospital Psiquiátrico de Concepción entre el 1º de enero de 1962 y el 31 de diciembre de 1966. Pero hubo otros dos grupos de síntomas que no se dejan reducir a los anteriores. Uno es el de las ideas delirantes (o más bien deliroides) depresivas, que aparecieron en alrededor del 60% de los casos (lo que habla de que se trataba en general de casos severos) y otro es el complejo sintomático de la autoagresividad, que comprende las ideas y actos suicidas, presentes sólo en el 20%.

Síntoma y fenómeno

Este trabajo lo publicamos en 1971 (7). Han transcurrido 20 años y hemos tenido la oportunidad de ver y tratar innumerables casos de depresión y debemos confesar que la experiencia ha venido a corroborar ampliamente lo encontrado en aquel grupo de enfermos de Concepción. En aquella oportunidad postulamos también la existencia de una enfermedad única, que llamaríamos más tarde "depresión melancólica" (8). Asimismo, cuestionamos la clásica distinción entre depresión endógena y reactiva y -siguiendo a Tellenbach- la existencia de ese sinnúmero de tipos de depresión descritos a lo largo del siglo, como es el caso de la "depresión básica" de Schneider (29), la "depresión reactiva vitalizada" de Weitbrecht (36, 37), la "depresión por agotamiento" de Kielholz (18) o la "depresión existencial" de Haefner (13). La proposición del DSM-III de 1980 de un solo tipo de depresión propiamente tal, la "*major depression*", en oposición a los 20 tipos diferentes descritos en el ICD 9 de la Asociación Mundial (cosa que va a cambiar por lo demás en el ICD 10 (38), vino a darnos la razón. También los 9 criterios diagnósticos del DSM-III, en oposición a los 21 de la Escala de Hamilton, se encuentran bastante próximos a lo hallado por nosotros en Concepción. La diferencia estriba en que el DSM-III no distingue entre síntoma y fenómeno y que los primeros aparecen en una lista donde lo único que los une es una relación de contigüidad. En el caso nuestro se trata en cierto modo de los mismos síntomas, pero vistos en sus relaciones internas y como derivando de fenómenos

más amplios (cambio de la corporalidad o de la ritmicidad, por ejemplo), que a su vez estarían enraizados en algo así como un denominador común de la depresividad y que es la perturbación de la temporalidad. Así, los síntomas 1, 2 y 6 del DSM-III-R (estado de ánimo deprimido, anhedonia y pérdida de energía) corresponden al primer grupo de síntomas de la ordenación nuestra, el cambio de la corporalidad; los síntomas 5 y 8 (enlentecimiento psicomotor y disminución de la capacidad para pensar) corresponden al segundo grupo, el de la alteración del cuerpo en acción o compromiso de las funciones centrifugas, mientras los síntomas 3 y 4 (aumento o pérdida de peso, insomnio o hipersomnias) corresponden al grupo del compromiso de la ritmicidad biológica. Por último, los síntomas 7 y 9 del DSM-III (ideas de inutilidad o culpa, ideas de muerte o de suicidio) corresponden al cuarto grupo o complejo sintomático planteado por nosotros, accesorio, pues no está siempre presente, el de las ideas depresivas.

Estimamos que este tipo de criterios diagnósticos como los del DSM-III, del ICD 10 o del RDC, al quedarse en el plano de los síntomas, caen en dos errores fundamentales: primero, las listas serán necesariamente incompletas (cuando en el síntoma N° 6 del DSM-III se habla de "pérdida de energía", ¿por qué no mencionar también el decaimiento o la pesadez de los miembros?; ¿o dónde quedan síntomas tan importantes como la angustia, los síntomas vitales de Schneider o la sensación de frío?); y segundo, pasan por alto relaciones esenciales entre síntomas particulares, como la que existe entre el insomnio y la pérdida de apetito y de peso (ambos alteraciones rítmicas) o entre la disminución de la capacidad para pensar y el enlentecimiento (ambos son formas derivadas del complejo fenómeno de la inhibición).

La distinción entre síntoma y fenómeno se remonta a la obra *Ser y Tiempo* de Heidegger (15) y ha tenido una gran trascendencia en el desarrollo de la psiquiatría antropológico-fenomenológica (Hofer, 1954; Tellenbach, 1956, 1961; Haefner, 1959; Blankenburg, 1962; Tatossian, 1979; Dörr-Zegers, 1980). Allí el gran filósofo alemán hizo un análisis en cierto modo definitivo del problema, el que después de más de 60 años no ha perdido un ápice de su validez. Para él los síntomas o manifestaciones sólo anuncian una perturbación que en sí misma no se muestra. El fenómeno en cambio es "lo que se muestra en sí" y comprende al mismo tiempo al síntoma que lo anuncia como a la perturbación que lo subyace. La medicina somática se preocupa fundamentalmente del reconocimiento y manejo de los síntomas. Si, siguiendo a Haefner (14), se define síntoma como "el elemento visible de un complejo funcional" y se supone un conocimiento previo de las leyes que rigen las partes ocultas de esa totalidad patofisiológica que es la enfermedad, entonces será legítimo el salto desde la manifestación externa o síntoma a la enfermedad como totalidad, y eso es el diagnóstico. En la psiquiatría, en cambio, este procedimiento no es adecuado, por cuanto no se dan en ella los presupuestos que legitiman el proceso diagnóstico de la medicina somática, al menos en lo que dice en relación con las llamadas psicosis endógenas. Si a pe-

sar de ello se insiste en el plano meramente sintomatológico, vgr. desánimo, fatiga, pérdida de peso, ideas de culpa, etc. se caerá inevitablemente en confusiones y tautologías. Así por ejemplo, Müller-Suur (21) demostró que en la esquizofrenia el diagnóstico se hace casi siempre sobre la base del carácter "esquizofrénico" de cada uno de sus síntomas, vale decir, es una tautología. Lo que significa esto "esquizofrénico" que en forma tácita está permitiendo el diagnóstico y el consenso, no está en condiciones de responderlo una psiquiatría orientada exclusivamente hacia las manifestaciones externas o síntomas. Los diagnósticos basados en adiciones de síntomas, como es el caso de la mayoría de los actuales sistemas de criterios diagnósticos en boga, ni siquiera llegan a ese nivel de la tautología, la que al menos emplea, aunque no profundice, eso esquizofrénico o eso depresivo que de algún modo encierra en sí lo esencial de estas misteriosas enfermedades.

Hacia una fenomenología de la corporalidad del depresivo

Años más tarde llevamos a cabo una experiencia estructurada con enfermedades afectivas en el Policlínico de nuevos ingresos de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile (1971-1976), de la cual surgieron las siguientes evidencias clínicas: en primer lugar, comprobamos lo planteado en el trabajo de 1971, en el sentido de que la distinción entre depresión endógena y reactiva carecía de justificación y que las depresiones propiamente tales eran todas endoreactivas y se presentaban en esa personalidad característica que Tellenbach describiera en 1961 como *typus melancholicus* (32). Esto último fue más tarde demostrado empíricamente por von Zerssen y colaboradores en Alemania (39, 40) y en fecha más reciente por Anneliese Dörr y Sandra Viani (6) en Chile. En segundo lugar, nos afirmamos en la idea, insinuada ya en 1971, de la necesidad de distinguir entre la depresividad melancólica y la no melancólica, vgr. los síntomas depresivos que aparecen en otras patologías como la esquizofrenia, la epilepsia y la neurosis o también en la gente normal. En tercer lugar, nos convencimos de que el elemento substantivo de la diferencia fenotípica entre un cuadro depresivo y otro era la intensidad y que lo que aparece como tan distinto, por ejemplo, una depresión vital simple y un estupor depresivo eran fundamentalmente uno y el mismo fenómeno, sólo que en grados diferentes. La última versión del ICD, la N° 10 (38), nos viene a dar la razón al definir un solo episodio depresivo (F 31), pero distinguiendo cuatro diferentes intensidades: severidad ligera, mediana, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos. En cuarto lugar, se nos fue imponiendo cada vez más algo así como una emanación atmosférica que surgía de las depresiones melancólicas en forma directa y que llamamos "*Melancholie-Gefühl*" (sensación de lo melancólico), parodiando a Rumke (25) con su clásico "*Praecox-Gefühl*" (sensación de lo esquizofrénico). Este conocimiento intuitivo, susceptible de ser aprendido también por los colegas más jóvenes, se demos-

tró como fundamental para distinguir las depresiones melancólicas (que corresponden más o menos al episodio depresivo mayor del DSM-III) de las no-melancólicas. Nuestra experiencia atmosférica de la depresividad melancólica tiene un cierto parentesco con expresiones encontradas en el libro de Tellenbach, *Geschmack und Atmosphäre* (Gusto y Atmósfera) (33), cuando habla de la "pérdida de la frescura vital" en el depresivo.

Blankenburg (4) exige a la experiencia fenomenológica el ser "decididamente más abierta hacia todas las modalidades de ser de aquello que nos hace frente, vale decir, ella tiene que poder ser más natural que la experiencia natural misma", pero al mismo tiempo debe ser "más científica que la experiencia científica, en la medida que ella no se limita a un solo proyecto transcendental, sino que transforma más bien en su tema central a todos los modos del ser en general" (4, pág. 412). Siguiendo las recomendaciones de Blankenburg, intentamos algunos años más tarde (8, 9) hacer una fenomenología de esta experiencia atmosférica a propósito del encuentro con un caso extremo de depresión melancólica: un estupor depresivo. Para tal análisis la actitud del investigador deberá asemejarse en lo posible a la de una persona carente de experiencia psiquiátrica, alguien capaz todavía de una plena ingenuidad. Para un tal observador la inmovilidad de la paciente no será una "inhibición" ni su silencio absoluto un "mutismo estuporoso", etc., sino simplemente los diferentes aspectos del ser con quien el observador en ese momento se encuentra y que lo afectan de tal o cual manera. Por razones de espacio omitiremos aquí la descripción detallada del cuadro clínico, pasando de inmediato a la fenomenología de la corporalidad de una depresión estuporosa:

La paciente permanece frente a nosotros silenciosa e inmóvil. Su mirada es opaca, carece de brillo, no nos trasmite ningún mensaje, no hay en ella ningún asomo de vida interior. Su piel está pálida, amarillenta y seca. Su persistente silencio no lo sentimos como un negarse a un diálogo, sino más bien como un no estar presente. En cierto modo ella no está frente a nosotros, por cuanto no se produce entre ella y yo esa natural tensión polarizada que ocurre en los encuentros interpersonales y que los griegos llamaban "*antikry*". Entre las características fundamentales del encuentro interhumano, así como fueran descritas primero por von Baeyer (2) y luego por Tellenbach (31), destaca el *vis-à-vis*, el estar uno frente al otro en un permanente intercambio de gestos, emociones y palabras. El comportarse con respecto al otro en el encuentro es siempre frontal. Sólo así se entiende la gravedad que puede tener el gesto de "dar la espalda" o de "rehuir la mirada". La paciente permanece insensible a todos mis intentos de llevarla a algo así como a una contraposición, a que se me oponga como un otro y es curioso, pero el sentimiento que me va provocando se aleja más y más de la pena o la compasión. Hay algo en ella desagradablemente ajeno, casi siniestro, pero no como en el caso de los paranoídes, que nos son extraños por su exceso de significatividad y de posibles referencias que nos abruman y sobrepasan. Esa impresión de lo desagradable y ajeno resulta más bien de la experiencia de un vacío allí donde yo estaba preparado para

encontrarme con una persona, con un espíritu vivo y diferente más o menos comunicativo, familiar, abierto, simpático, interesante o lo que sea.

Tratemos de penetrar más en profundidad en este sentimiento de desagradable extrañeza que nos provoca la paciente. Lo primero que se nos impone es una sensación muy corporal, que nos inunda, difícil de expresar en palabras, aunque próxima a la náusea de Sartre (26). Sensaciones similares experimentamos, por ejemplo, ante un cadáver en la mesa de autopsias. De pronto caemos en la cuenta que la opacidad de su mirada, que su inmovilidad y su silencio tienen en común algo cadavérico. Hay en todo su ser algo cósmico, casi diríamos material, que imposibilita el surgimiento de una reciprocidad entre su existencia y la mía. No hay un ir y venir del flujo personal, no hay un intercambio entre su mirada y mi mirada, entre su acontecer y el mío. En lugar de un encuentro interpersonal auténtico, lo que se ha producido entre nosotros es apenas un chocarme yo con ella, un encontrar algo y no un encontrarme-con. Este carácter de cosa que irradia la presencia casi puramente material de la paciente se hace evidente también en su disponibilidad. Ella no está sentada o de pie frente a mí, sino sólo puesta ahí, y yo siento que podría disponer de ella como de un utensilio a mi servicio. De hecho, la someto a un examen neurológico y no ofrece ninguna resistencia, como tampoco ayuda, y vuelvo a la impresión original de examinar un cadáver, aunque menos rígido.

Si quisiéramos expresar esta forma de su estar o presentarse frente al otro con la riqueza del lenguaje griego, tendríamos que decir que su *antikry* (su modo de hacer frente) no es *enantiótico*, vale decir, recíproco, sino cremático. "*Chrema*" es para los griegos un objeto con el cual sólo puedo tener un trato utilitario, pero que no me sirve, es decir, un objeto inservible.

En cierto modo "*chrema*" es lo contrario de "*physis*". Una contraposición análoga la volvemos a encontrar en Gabriel Marcel (20) con su polaridad entre el "cuerpo que tengo" y el "cuerpo que soy". Tengo mis ojos y soy mi mirada. El cuerpo que tengo está siempre en camino hacia lo cósmico, hacia el cadáver, en cambio el cuerpo que soy es siempre gesto, significación y trascendencia, vale decir, espíritu. No hay duda, el cuerpo estuporoso y cremático de nuestra paciente está más cerca del cuerpo que tengo que del cuerpo que soy. Justamente lo que ha perdido es su capacidad de abrirse al otro, de significar, de enfrentar, o dicho en griego, de ser *enantiótico*. Su mirada ha perdido no sólo su brillo, sino que se ha hundido por detrás de los ojos, siendo imposible para ella el conocer el mundo, proceso que Sartre (26) definiera tan certeramente con las palabras: "*connaître c'est manger des yeux*" (conocer es el comer de los ojos). En cierto modo la pérdida total del apetito experimentada por nuestra paciente ha comprometido también a los ojos, a saber, al apetito del espíritu.

Pero el estupor no es la única forma de depresión en la cual el cuerpo del depresivo adquiere la transformación cremática descrita. El estupor representa sólo el final de un proceso de cosificación y crematización del cuerpo que ya se anuncia en el leve decaimiento inicial, en los síntomas vitales como la opresión pre-

cordial, en el frío, en la pesadez de las extremidades, pero también en el hecho tan común que los depresivos tienden a preocuparse excesivamente de su cuerpo y no tienen otro tema que la angustia somatizada o la digestión entorpecida o esa falta de apetito o ese insomnio pertinaz. Todo depresivo verdadero, toda depresión melancólica en nuestra terminología, nos muestra algún grado de crematización y este sí que sería un fenómeno específico, cuya adecuada aprehensión podría transformarse en un arma fundamental para un diagnóstico inequívoco de enfermedad depresiva.

Y ahora retornamos al punto inicial, a saber el problema de la definición estricta de la depresión propiamente tal y de la necesidad de una adecuada ordenación de sus manifestaciones que supere la mera adición de síntomas cuyo único nexo entre ellos es la contigüidad. De los tres fenómenos fundamentales descritos por nosotros como característicos de la depresión melancólica y en torno a los cuales se agrupan sus manifestaciones concretas, derivando al mismo tiempo de ellos, dos, el grupo en torno a la distimia vital y el grupo en torno a la inhibición pueden ser directamente percibidos por el examinador, por cuanto se trata de distintos modos de mostrarse el fenómeno de la crematización: lo que el paciente vive como decaimiento, falta de ánimo, sensación de frío, etc. es visto en forma concreta por el médico como palidez, opacidad de la mirada, arruga frontal en omega, mayor o menor inmovilidad, etc. Del mismo modo, lo que el paciente vive como dificultad de concentración, de decisión o como rumiación de pensamientos, es percibido por el examinador en la lentitud de los movimientos, la falta de fuerza de la voz, la falta de dirección de la mirada, la indecisión de los gestos, la latencia en las respuestas, etc. El tercer grupo de síntomas que es la expresión del compromiso de la ritmicidad biológica no puede ser percibido en la intuición fenomenológica, pero siendo un síntoma subjetivo, es al mismo tiempo el más fácil de objetivar: la alteración del sueño se puede medir, incluso con aparatos, y lo mismo vale para la disminución del apetito y del peso o para el enlentecimiento o aceleramiento de la digestión. Pero lo importante es que también esta alteración de los ritmos puede ser concebida como expresión del proceso de crematización que ocurre en el cuerpo depresivo. La vida es movimiento desde el pasado hacia el futuro y este movimiento se da siempre en forma de ritmos y periodos y en consonancia con los ritmos cósmicos, como ha sido desarrollado por Tellenbach (34) en su concepto de las psicosis endógenas como enfermedades endocosmogénicas. El fenómeno de la suspensión, inversión o al menos la alteración de los ritmos biológicos fundamentales que observamos en todas las depresiones melancólicas representa otra forma de expresarse este proceso de crematización, por cuanto significa una pérdida de la consonancia con el mundo y de la condición temporal de la existencia.

El proceso de "crematización" y la endogenidad

Lo que nosotros hemos llamado crematización y concebido como el fenómeno fundamental de la de-

presividad, desde el cual se desprenderían sus tres grupos de síntomas constitutivos: la alteración del cuerpo vivido (distimia), del cuerpo en acción (inhibición) y del cuerpo en el tiempo (compromiso de los ritmos vitales), tiene relaciones muy estrechas con ese aporte esencial que ha hecho la psiquiatría fenomenológica a la comprensión de la enfermedad depresiva: el concepto de endogenidad de Tellenbach (32). Este autor, siguiendo a Goethe, concibe la endogenidad como una naturaleza animada, como una forma originaria que en su desarrollo se muestra a través de ciertas características somáticas y psíquicas. "Forma acuñada que viviendo se desarrolla", dice Goethe en la poesía dedicada a las palabras primordiales órficas (12). Y Tellenbach precisa: "El modo de ser del *endón* es transubjetivo y por ende metapsicológico, pero al mismo tiempo transobjetivo y por ende metasomatológico" (op. cit., pag. 52). Esto significa que el *endón* es anterior a la división entre psique y soma y los determina a ambos, pero al mismo tiempo es posterior, porque en la relación de consonancia con el mundo éste también puede determinar y configurar al "*endón*" al modo como el mundo y los otros nos enseñan. Nadie ha expresado mejor esta maravillosa interacción que Goethe, cuando dice en su Teoría de los Colores: El ojo debe su existencia a la luz. Entre varios órganos rudimentarios e indiferentes, la luz escoge un órgano que se le parece y así forma al ojo de la luz y para la luz, de manera que la luz interior salga al encuentro de la exterior" (11). Pensemos, por ejemplo, en el fenómeno del lenguaje y cómo en él se necesita tanto de esa capacidad de aprendizaje venida desde lo endógeno como de la presencia de la madre, cuyo lenguaje el niño aprende lentamente a imitar, hasta llegar a poseer la "lengua materna".

Ahora bien, este *endón* que se manifiesta muy especialmente a través de los fenómenos madurativos puede también malograrse en su desarrollo y esos fracasos vendrían a ser para Tellenbach las psicosis endógenas y en particular la depresión (35). En esta última, como en ninguna otra enfermedad, aparecen deformadas todas las manifestaciones de lo endógeno, desde la ritmicidad hasta los diferentes talentos o capacidades, los cuales se esfuman en ese típico fenómeno del "no poder" que Binswanger (3) considerara como el hecho más central de la melancolía.

No hay duda que el concepto de endogenidad de Tellenbach (32, 34, 35) representa una suerte de resurrección del antiguo concepto griego de "*physis*". El sustantivo "*physis*" viene del verbo "*phyo*", que significa crecer o acrecentarse, vale decir, el mismo sentido de *endón* como "forma viviente que se desarrolla". Los griegos usaban esta palabra para designar tanto a la naturaleza en general como a la naturaleza humana, pensando a esta última como una "pequeña naturaleza", que de alguna manera contiene a la "grande" entera. Según Heidegger (16) la palabra "*physis*" significaba para el griego clásico "tanto el cielo como la tierra, tanto las piedras como las plantas, los animales como el hombre; pero también la historia del hombre como obra de los hombres y de los dioses y por último, o antes de todo, los propios dioses bajo el signo del destino. *Physis* es el e-merger que se pone de ma-

nifiesto desde lo oculto..." (pág. 11). Vale decir, *physis* "es el ser mismo por medio del cual el ente puede llegar a permanecer y ser entonces observado" (op. cit., pág. 11). El sentido que tiene "*natura*" para el mundo latino es mucho más limitado: significa nacer y nacimiento, pero también temperamento y carácter. Con ello se pierde la riqueza del concepto griego de *Physis* y se podría postular que el carácter reduccionista y dicotómico que han mostrado las ciencias naturales en la historia de Occidente -por lo menos en lo que al estudio del hombre se refiere- está relacionado con esta transformación reductora que hizo Roma al traducir la palabra "*physis*" por "*natura*". En la filosofía posterior a Aristóteles se ha opuesto a "*physis*" el concepto de "*psyché*", lo psíquico y es así como hoy hablamos de "unidad psico-física", intento de unión que está aludiendo justamente a lo separadas que han estado estas dos formas de manifestarse la naturaleza humana. Sin embargo, en su sentido original la "*psyché*" estaba contenida en la "*physis*", era una posible manifestación de ella. Lo que si estaba fuera de la "*physis*" era el "*nomos*", la norma, vale decir, lo ético y la "*techné*", la técnica en el sentido de un saber disponer, instalar o modificar lo dado. "*Nomos*" y "*techné*" tienen en común su vinculación con la libertad. Tanto el decidir entre una opción y otra como la creatividad implícita en la acción técnica se fundan en eso que se llama libertad. La "*physis*" es, en cambio, lo que viene dado desde atrás, de algún modo aquello que escapa a la auto-disponibilidad, en último término, el "*endón*".

Ahora bien, lo verdaderamente opuesto a "*physis*" es "*chrema*". "*Chrema*" significa la pérdida de la potencialidad creadora, la inmovilidad, la disponibilidad total. Lo cremático es lo cósmico en su sentido más privativo, material y desvitalizado, vale decir, lo contrario no sólo de "*physis*" sino de "*endón*". Vimos antes que en el análisis fenomenológico se presentaba como lo sustantivo de la depresividad la crematización del ser del depresivo. Desde este proceso de pérdida de la condición física, en el sentido de "*physis*", se puede comprender el abatimiento, la falta de fuerzas, la anhedonia, los dolores y la angustia somatizada que aprisiona al sujeto en su cuerpo, pero también el "no poder" de la inhibición y la suspensión de la condición rítmica de la existencia. Porque si "*physis*" es la naturaleza tras-

cendida, "*chrema*" es la naturaleza inanimada y el proceso de crematización que sufre el depresivo no es sino una progresiva pérdida de la capacidad de trascender el cuerpo hacia el mundo (el no sentir el cuerpo como presupuesto de la salud) y hacia la acción, pero sin perder su anclaje en el orden del cosmos a través de sus ritmos y periodos. Cuando decimos que "*physis*" es naturaleza trascendida, queremos significar que ella contiene tanto todo aquello involuntario, determinado, fuera de la autodisponibilidad, propio de lo que Heidegger llama "*Geworfenheit*" o "estado de yecto" o de ser arrojado al mundo (15, pág. 342) -y que se expresa en la estructura física, pero también en las habilidades y en los ritmos- como también una apertura hacia el espíritu. Con otras palabras, la *physis* no es sólo lo "*Geworfen*", sino también "*das Entwerfen*", no sólo lo yecto, sino también el pro-yecto, o mejor dicho, la capacidad de proyectar y proyectarse. El regreso a la condición cremática es por ende un camino hacia la muerte. Al no haber proyectos no hay futuro, al no haber futuro no hay tiempo, al no haber tiempo no hay movimiento. Muchos pacientes depresivos relatan al salir del episodio que se sentían "muertos en vida". Heidegger, sin haber visto nunca un paciente depresivo, sólo desde su profundo conocimiento de la naturaleza humana y sus intuiciones geniales llegó a decir en "Ser y Tiempo": "*Die Gedrucktheit zwingt das Dasein auf seine Geworfenheit zuruck, aber so, dass diese gerade verschlossen wird*" (pág. 342) (El estado de opresión empuja a la existencia de vuelta hacia su estado de yecto, pero de tal manera que éste mismo se le cierra). Difícil encontrar una descripción más profunda de lo que ocurre con la existencia del depresivo: él es empujado hacia su facticidad, hacia su condición de mera naturaleza determinada y, aún más allá, hacia la naturaleza inanimada, a través del proceso de crematización descrito, pero sin siquiera tener la posibilidad de saberse acogido y abrigado en y por ella, como nos sentimos en el sueño, el ejemplo más claro y cotidiano de nuestro periódico retorno a lo endógeno.

En suma, la depresión no será sólo un fracaso de la endogenidad, sino también un desandar ese largo camino hecho por el hombre desde "*chrema*" hasta "*physis*" o, dicho con otras palabras, se trata de una suerte de regreso del espíritu a su condición material.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. 3rd. Edition Revised (DSM III R). APA Washington, D.C., 1987.
2. BAEYER W VON: Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 26: 369-376 1955.
3. BINSWANGER L: *Melancholie und manie*. Pfullingen, Neske Verlag, 1964.
4. BLANKENBURG W: Aus dem phanomenologischen Erfahrungsfeld innerhalb der psychiatrie. *Schweiz Arch Psychiat Neurol* 90: 41-421, 1962.
5. BLEULER, E BLEULER M: *Handbuch der psychiatrie*. Berlin-Gottingen-Heidelberg: Springer Verlag, 10. Pág. 408 Auflage, 1966.
6. DÖRR-ALAMOS A, VIANI S: *Personalidad premórbida en los distintos cuadros afectivos*. Tesis para la obtención del título de Licenciada en Psicología. Universidad Diego Portales Santiago, 1991.
7. DÖRR-ZEGERS O y cols: Del análisis clínico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su concepto patogenético. *Rev Chil Neuropsiquiat* 10: 17-39, 1971.
8. DÖRR-ZEGERS O: Análisis fenomenológico de la depresividad en la melancolía y en la epilepsia. *ActasLuso-Españolas Neurol. Psiquiat. y Cs. afines*, 7 (2a. Etapa): 291:304, 1979.
9. DÖRR-ZEGERS O, TELLENBACH H: Differential phanomenologie des depressiven Syndroms. *Der Nervenarzt*, 15: 113-118, 1980.
10. DÖRR-ZEGERS N: Dimensiones de la depresión. *Apuntes de Medicina Clínica* 27: 11-21 1988.
11. GOETHE W VON: Farbenlehre. In: *Naturwissenschaftliche Schriften*. Band I. Artemis Verlag Zürich-Stuttgart 1966.
12. GOETHE W VON: OrDhische Grundworte. In: *Naturwissenschaftliche Schriften*. Band II. Artemis Verlag Zürich-Stuttgart 1966.

13. HAEFNER H: Die existentielle depression. *Arch Psychiat Nervenkr*, 191: 351-364, 1954.
14. HAEFNER H: Symptom und Diagnose. In: *Arzt im Raum des Erlebens*. Hrgs. v. H. Stolze. : Lehmann-Verlag München 1959.
15. HEIDEGGER M: *Sein und Zeit* (1927): Niemeyer Verlag, 10. Auflage Tübingen 1963.
16. HEIDEGGER M: *Einführung in die Metaphysik* 3. Auflage Tübingen Max Niemeyer Verlag págs 11, 12 y 13 1966.
17. HOFER G: Phanomen und Symptom. *Der Nervenarzt*, 25: 342-344, 1954.
18. KIELHOLZ P: Diagnostik und therapie der depressiven Zustandsbilder". *Schweiz Med wochenschr*, 87: 107, 1957.
19. KRAEPELIN F: *Einführung in die psychiatrie*. Barth Verlag Leipzig; pág. 359, 1916.
20. MARCEL G: *Etre et Avoir*. Mouton Paris 1955.
21. MÜLLER-SUUR H: Die schizophrenen symptome und der eindruck des schizophrenen. *Fortschr, Neurol, Psychiat*, 26: 140, 1958.
22. PFEIFFER WM: Die symptomatik der depression in transkultureller sicht. In: *Das depressive Syndrom*. Urban & Schwarzenberg München-Berlin-Wien S.151-168, 1969.
23. PFEIFFER WM: *Transkulturelle Psychiatrie*.: Thieme Verlag Stuttgart 1971.
24. PICHOT P: Les dimensions des dépressions. *L'Evolution Psychiatrique*, 34: 297-312 1969.
25. RUMKE H: "Das Kernsymptom der schizophrenie und das Praecoxgefühl. *Zentralb Gesamte Neurol Psychiatrie*, 102: 168-169 1942.
26. SARTRE JP: *L'être et le Néant*. Gallimard Paris 1943.
27. SCHELER M: *Wesen und Formen der Sympathie*. Schulte Verlag Frankfurt: 1948.
28. SCHNEIDER K: *Pathopsychologie der Gefühle und Triebe*. Georg Thieme Leipzig, 1935.
29. SCHNEIDER K: *Klinische Psychopathologie*. Thieme Verlag Stuttgart, 1959.
30. TATOSSIAN A: *Phénoménologie des psychoses*. Masson Paris Nueva York Barcelona-Milan, 1979.
31. TELLENBACH H: Annäherung an die Daseinsanalyse. Phänomenologische Erfahrungsweise in Abgrenzung Annvon der psychiatrischen und analytischen. *Almanach für Neurologie u. Psychiatrie*, 235-247, 1961.
32. TELLENBACH H: Pathogenetische und therapeutische Aspekte der melancholie als endo-kosmo-gene Psychose. *Der Nervenarzt*, 46: 525-531, 1975.
33. TELLENBACH H: *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* 1961. Springer-Verlag, 4. Auflage Berlin-Heidelberg-Neva York-Tokyo, 1983.
34. TELLENBACH H: *Geschmack und Atmosphäre*.: Otto Müller Verlag Salzburg, 1968.
35. TELLENBACH H: Zur Psychopathologie der Zylothymie. *Der Nervenarzt*, 48: 335-341, 1977.
36. WEITBRECHT HJ: Zur typologie depressiver psychosen. *Fortschr Neurol Psychiat*, 20: 247, 1952.
37. WEITBRECHT HJ: "Psicopatología comparada de los estados depresivos" *Actas Luso-Españolas de Neurol Psiquiat*, 27: 407-415, 1968.
38. World Health Organization: *International Classification of Diseases (ICD 10)*. Genova, 1987.
39. ZERSSEN D VON: Objektivierende Untersuchungen zur prä-morbiden Persönlichkeit endogen Depressiver". In Hippius, Selbach (Eds.) *Das depressive Syndrom*. Urban & Schwarzenberg München-Berlin-Wien, 1969.
40. ZERSSEN D VON: Personality and Affective Disorders. En: Paykel, ES *Handbook of Affective Disorders*. Churchill Livingstone Nueva York, 213-228, 1982.

APENDICE

CUADRO 1

Síntomas cardinales de la depresión según Eugène y Manfred Bleuler (1916, 1975)

1. Distimia depresiva: decaimiento, tristeza, opresión precordial, pérdida de colorido del mundo en torno, falta de esperanza, expresión de sufrimiento, incapacidad de llorar.
2. Inhibición del curso del pensar: pensamiento lento, circular, uniforme.
3. Inhibición de las funciones centrifugas: alteración de las capacidades de atención, concentración, memorización y decisión. Los movimientos son lentos, fatigosos y sin fuerza.

CUADRO 2

Síndrome depresivo nuclear (transcultural) de Pfeiffer (1968).

1. Desplazamiento del estado de ánimo hacia el polo depresivo, fenómeno con frecuencia difícil de describir por el paciente.
2. Alteración de funciones vegetativas como el sueño, el apetito y la libido, más sus respectivas oscilaciones diurnas.
3. Sensaciones corporales anormales, como dolores, parestesias, presiones, etc., desde las cuales pueden surgir o no ideas hipocondríacas.

Nota: Todo el resto de las manifestaciones depresivas, como la inhibición, la agitación, los sentimientos de insuficiencia, las ideas deliriosas depresivas, las ideas e intentos de suicidio, etc. estarían, según este autor, condicionadas culturalmente.

CUADRO 3

Las dimensiones de la depresión según Pierre Pichot (1969).

1. La dimensión humor depresivo: Corresponde a síntomas como la tristeza, el pesimismo, las ideas de ruina e incurabilidad. El elemento central de este grupo de síntomas parece ser la pérdida de la perspectiva temporal normal que hace que el hombre viva con la idea de que el futuro le será favorable.

2. La dimensión auto-agresividad: Reúne a todos los síntomas de auto-acusación como las ideas de culpabilidad y de auto-depreciación. Parece interesante el hecho que al menos en nuestra cultura estas manifestaciones estén vinculadas a la angustia.
3. La dimensión enlentecimiento: Se refiere al enlentecimiento de los gestos, de la palabra, de la tonalidad de la voz y al carácter rígido de la expresión facial.
4. La dimensión vital: A este grupo pertenece la incapacidad de trabajar, la falta de energía, la dificultad de concentrarse, la impresión de que todo trabajo es penoso, la fatiga, etc.
5. La dimensión somática: En este grupo encontramos la preocupación (hipocondríaca) por la salud física, la pérdida de peso, la anorexia y los trastornos del sueño.

CUADRO 4

Sintomatología de las depresiones según el Ptd Español (1981).

1. Síntomas psíquicos:
 - a) Alteraciones emocionales (distimia vital): tristeza vital, angustia, irritabilidad y mal humor.
 - b) Alteraciones del pensamiento: disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, baja autoestima, pesimismo, pérdida de interés, desesperanza, ideas hipocondríacas, de culpa, de ruina y de suicidio.
2. Alteraciones somáticas:

Alteración del sueño, del apetito, de la digestión, de la menstruación, de la sexualidad, del peso, astenia, fatigabilidad y dolores.
3. Alteraciones de los ritmos vitales:

Se alteran los ritmos circadiano, menstrual y estacional. Hay influencias climatológicas en la aparición y evolución de los síntomas. También se alteran los ritmos propios.
4. Alteraciones conductuales:

Llanto inmotivado, disminución del rendimiento, enlentecimiento (inhibición psicomotora) o agitación y tendencia al aislamiento.

CUADRO 5

Síntomas depresivos según la escala de Hamilton.

1. Humor deprimido: tristeza, desesperación, desamparo, inutilidad.
2. Culpa: autoreproches, ideas de culpa, idea de que la enfermedad puede ser un castigo, delirio de culpa con o sin alucinaciones.
3. Suicidio: ideas de muerte, ideas, amenazas o intentos de suicidio.
- 4-6. Insomnio precoz, medio y tardío.
7. Trabajo y actividades: ideas y sentimientos de incapacidad, pérdida de interés en su actividad, disminución del tiempo dedicado a ella, dejar de trabajar.
8. Inhibición: lentitud de pensamiento y de palabra, capacidad de concentración empeorada, actividad motora disminuida.
9. Agitación: se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos.
10. Ansiedad psíquica: tensión subjetiva e irritabilidad, preocupación por pequeñas cosas.
11. Ansiedad somática: signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como boca seca, suspiros, palpitaciones y diarrea.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales: pérdida del apetito, necesidad de laxantes.
13. Síntomas somáticos generales: pesadez en las extremidades, espalda o cabeza, pérdida de energía y fatigabilidad, dolores.
14. Síntomas genitales: pérdida de libido y trastornos menstruales.
15. Hipocondría: preocupación por la salud o ideas delirantes.
16. Pérdida de peso.
17. Variaciones del insight: desde el darse cuenta a la negación.
18. Variación diurna.
19. Despersonalización: sensación de irrealidad e ideas nihilistas.
20. Síntomas paranoides: ideas de autorreferencia o de persecución.
21. Síntomas obsesivo-compulsivos.

CUADRO 6

Síntomas del episodio depresivo según el I.C.D.-10.

1. Disminución del ánimo, energía y actividad.
2. Pérdida del interés, de la concentración y de la capacidad de gozo.
3. Alteración del sueño
4. Disminución del apetito.
5. Disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo.
6. Ideas de culpa.
7. Sensación de estar frente a un futuro sombrío.
8. Ideas o intentos de suicidio.
9. En algunos casos puede haber angustia o irritabilidad.

CUADRO 7
Criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor.

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Disminución de la capacidad de experimentar placer o interés en las actividades habituales.
3. Aumento o pérdida significativa de peso.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o entretimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos inadecuados de inutilidad o culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o decidirse.
9. Ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio o intentos de suicidio.

Nota: Para el diagnóstico del episodio depresivo mayor se requiere la presencia de cinco de los nueve síntomas, siempre que entre esos cinco estén presentes el número 1 ó el número 2.

CUADRO 8
Criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor de tipo melancólico.

1. Pérdida de interés o capacidad para experimentar placer en todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad ante estímulos normalmente agradables (tampoco hay mejoría cuando eventualmente sucede algo bueno).
3. La depresión suele ser más intensa por la mañana.
4. Despertar precoz por la mañana (como mínimo dos horas antes de la hora habitual).
5. Entretimiento o agitación psicomotora (no sólo quejas subjetivas).
6. Anorexia significativa o pérdida de peso.
7. Ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primer episodio mayor.
8. Uno o más episodios mayores previos seguidos de una remisión completa o casi completa
9. Buena respuesta previa a una terapia antidepresiva somática adecuada y específica (tricíclicos o E.S.).

Nota: Para afirmar el diagnóstico se requiere la presencia de cinco de los nueve síntomas mencionados.

CUADRO 9
Ordenación de los síntomas depresivos según Otto Doerr (1971/79/88).

1. Complejo sintomático en torno al cambio de la corporalidad (alteración del cuerpo vivido): Aquí pertenecen todos aquellos síntomas que surgen como manifestaciones de un modo distinto del estar el depresivo en su cuerpo (*Be-finden*). Desde la perspectiva del paciente, estos síntomas son: decaimiento, falta de ánimo y de fuerzas, sensación de pesadez corporal, sensación de frío, sensación de náuseas, angustia, más los clásicos síntomas vitales como la opresión precordial, el *globus melancholicus*, la sensación de presión dolorosa en la nuca. El grado extremo de este cambio de la corporalidad sería el síndrome de Cotard, con la negación de órganos. Desde la perspectiva del observador, este cambio es visto como palidez, arruga frontal en omega, ceño fruncido, opacidad de la mirada, expresión de angustia congelada. Este conjunto de síntomas configuran un fenómeno que afecta globalmente a la corporalidad del depresivo y que nosotros hemos descrito como "cadaverización" (Dörr, 1979), siendo su versión más extrema el estado de estupor.
2. Complejo sintomático en torno a la inhibición (alteración del cuerpo en acción): Desde la perspectiva del paciente, el fenómeno de la inhibición se presenta como un deterioro de todas las funciones que Bleuler llamara "centrífugas", vale decir, aquellas que nos conectan con el medio ambiente: dificultad para pensar, concentrarse, decidirse, realizar las tareas habituales, pérdida de las capacidades de atención y de memoria, etc. (fenómeno del "no-poder" de Binswanger, 1960). Desde la perspectiva del observador, la inhibición es idéntica a un entretimiento general, el cual se manifiesta concretamente como lentitud en los movimientos, tendencia a permanecer estático, latencia en las respuestas, pérdida de la fuerza de la voz y lentitud al hablar.
3. Complejo sintomático en torno al cambio de la ritmicidad biológica (alteración del cuerpo en el tiempo): Todos los ritmos biológicos se encuentran alterados, invertidos o suspendidos: se altera el ritmo sueño-vigilia, se invierte el ritmo circadiano, se suspende el ciclo menstrual, etc. Disminuye el apetito y la libido, el ritmo digestivo se hace más lento o más rápido; lo mismo ocurre con el ritmo urinario. Este compromiso de la ritmicidad biológica va empeorando más allá de la corporalidad de cada sujeto, en el sentido que los síntomas o la enfermedad misma se presentan ligados a los ciclos cósmicos: periodicidad diaria, semanal, mensual, estacional y vital.
4. Complejo sintomático de las ideas deliriosas depresivas: las clásicas ideas de culpa, de ruina y de enfermedad. Pero también pueden presentarse ideas de autorreferencia y persecutorias.
5. Complejo sintomático autoagresividad: Ideas e intentos de suicidio.