

DEPRESION, CORPORALIDAD Y ENDOGENIDAD

Por OTTO DÖRR ZEGERS*

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 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 "crematización" o "cadaverización". Ello estaría siempre presente en una depresión propiamente tal, pero se haría más o menos patente según el grado de intensidad del cuadro. Este fenómeno descubierto en la intuición fenomenológica permitiría dar razón tanto de los síntomas de la depresión como de la forma en que ellos se ordenan en cada caso.

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 syndrom". 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 one is only the visible element of a chain of links which conceals itself. The phenomenon, on the contrary, is "what is showed in itself" (Heide-

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

gger) 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.

PALABRAS-CLAVE: Depresión, melancolía.
KEY-WORDS: Depression, melancholie.

EL PROBLEMA DE LA DELIMITACION DEL SINDROME

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 si la mayor dificultad sea la plantada 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 subyacente, 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 estuviese siempre presente y que fuese la expresión directa del proceso fisiopatológico subyacente. Así, KRAEPELIN postula que los síntomas fundamentales serían "dificultad para captar estímulos y para pensar, distimia depresiva o ansiosa, e inhibición de la voluntad" (1916, pg. 359). BLEULER 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 (1966, 10ª Edición, pág. 408). Kurt SCHNEIDER²⁶, siguiendo a Max SCHELER²⁵, 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 nuchalgia. PICHOT²³, 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^{21, 22}, 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 nuclear⁷. Con esta finalidad realizamos un estudio clínico-

estadístico sobre el tema en el Hospital Psiquiátrico de Concepción, establecimiento que tenía las siguientes ventajas: 1ª, era el único hospital psiquiátrico de la zona y atendía a una población de alrededor de un millón de habitantes; 2ª, gracias a la tradición impuesta por el Profesor AUERSPERG, las fichas eran mecanografiadas y llevadas con un criterio uniforme, que incluía, fuera de los datos habituales referentes a la anamnesis próxima y remota, desde un capítulo de antecedentes hereditarios hasta un acucioso examen psicopatológico, pasando por una descripción de la personalidad premórbida y de las probables circunstancias desencadenantes de la enfermedad. Revisamos las fichas de todos los pacientes hospitalizados durante los cinco años anteriores a nuestra llegada a ese hospital. Se trataba con ello de evitar la posible influencia de las ideas de TELLENBACH -autor hasta entonces desconocido en Chile- en lo que se refiere a la personalidad previa y las situaciones desencadenantes de la enfermedad depresiva. Seleccionamos primero todos aquellos casos que de alguna manera podían corresponder a una enfermedad depresiva y que eran 493 de los 2,640 nuevos ingresos. Sus rótulos diagnósticos eran, fuera de alguna forma de depresión, neurosis de angustia y obsesivo-compulsiva, hipocondría, psicosis mixtas, psicosis reactivas, cuadros psicósomáticos, etc. Entre estas 493 fichas encontramos 77 casos en los cuales el diagnóstico de una enfermedad depresiva mono o bipolar era altamente probable. Para esta selección aplicamos en primer lugar un criterio empírico negativo y que consistió en eliminar aquellos casos en los cuales las molestias depresivas podían ser atribuidas a otros contextos

etiopatogénicos, como hipotiroidismo, epilepsia, esquizofrenia, demencia, etc. Como criterio positivo exigimos la presencia del compromiso del ánimo, único síntoma o grupo de síntomas en el cual todos los autores están de acuerdo. Los otros criterios de selección fueron la respuesta al tratamiento timoléptico y la restitución *ad integrum*.

Ahora bien, nosotros limitamos el estudio a los 55 casos de depresión monopolar. La intención era determinar cuáles síntomas o fenómenos estaban siempre presentes en aquellos cuadros que por su presentación y su evolución correspondían a lo que la tradición había llamado "depresión endógena" y TELLENBACH (1961) "melancolía". Así es como encontramos tres grupos de síntomas o complejos sintomáticos que cumplían con esas condiciones:

- 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 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 formas de manifestarse el mismo fenómeno, al cual KRAEPELIN también diera tanta importancia, considerándolo-

lo como uno de los tres síntomas fundamentales de esta enfermedad.

- 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 grupos anteriores. Uno es el de las ideas delirantes 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%

SINTOMA Y FENOMENO

Este trabajo lo publicamos en 1971⁷. Han transcurrido 20 años y hemos tenido la oportunidad de ver y tratar innumerables casos de depresión y debemos confesar que la experiencia ha veni-

do 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". Asimismo, cuestionamos la clásica distinción entre depresión endógena y reactiva y -siguiendo a TELLENBACH- el sinnúmero de otros tipos de depresión descritos a lo largo del siglo, como es el caso de la "depresión básica" de SCHNEIDER²⁶, la "depresión reactiva vitalizada" de WEITBRECHT^{33, 34}, la "depresión por agotamiento" de KIELHOLZ¹⁷ 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), 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 centrífugas, mientras los síntomas 3 y 4 (aumento o pérdida de peso, insomnio o hipersomnia) 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 (1927) 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 se define síntoma como "el elemento visible de un complejo funcional" (HAEFNER 14, 1959) 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 relación con las llamadas psicosis endógenas: en ella se desconoce tanto el substrato anatómico como los mecanismos patogénicos. Si a pesar de ello se insiste en el plano meramente sintomatológico, *v.gr.* desánimo, fatiga, pérdida de peso, ideas de culpa, etc., se caerá inevitablemente en confusiones y tautologías. Así por ejemplo, MÜLLER-SUUR (1958) 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 diagnós-

tico 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 FENOMENOLOGIA DE LA CORPORALIDAD DEL DEPRESIVO

Entre los años 1970 y 1976 trabajamos en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, desempeñando el cargo de Jefe del Policlínico durante casi la mitad de ese período. En una reunión diaria, al final de la mañana, revisábamos en conjunto con los colaboradores más jóvenes todos los casos nuevos que habían consultado. Muy pronto se le planteó al grupo de trabajo como una de sus tareas más urgentes la de realizar una clarificación conceptual, una definición sindromática y el establecimiento de claros criterios diferenciales en el marco de la diversidad de cuadros psicopatológicos de la práctica diaria que presentan síntomas depresivos. La habitual falta de camas obligaba en la mayoría de los casos a llevar a cabo un tratamiento ambulatorio, lo que nos permitía observar a nosotros mismos la evolución espontánea o bajo timolépticos, así como también la diferente respuesta terapéutica de las distintas formas clínicas y evolutivas de depresión.

Durante esta experiencia en común se nos fueron imponiendo las si-

güentes evidencias clínicas: en primer lugar, comprobamos lo planteado en el trabajo de 1971, en el sentido 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 como *typus melancholicus* (1961). Esto último fue más tarde demostrado empíricamente por VON ZERSEN y colaboradores en Alemania^{36, 37} y en fecha más reciente por Anneliese DÖRR y Sandra VIANI⁶ 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, v.gr. 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. (Más adelante veremos cuál es el elemento que al análisis fenomenológico se impone como el más central de la depresión melancólica y cuya transformación puede ofrecer distintos grados de intensidad). La última versión del ICD, la Nº 10, nos viene a dar la razón al definir un solo episodio depresivo, 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 RÖMKE con su clásico *Praecox-Gefühl* (sensación de lo esquizofrénico). Este conocimiento intuitivo, susceptible de ser aprendido también por los colegas más jóvenes, se demostró 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, 1968), cuando habla de la "pérdida de la frescura vital" del depresivo.

BLANKENBURG (1962) 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 sólo proyecto trascendental, sino que transforma más bien en su tema central a todos los modos del ser en general" (ob. cit., 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. Resumiremos aquí los resultados de aquella investigación:

La paciente permanece frente a nosotros silenciosa e inmóvil. Su mirada es opaca, carece de brillo, no nos transmite ningún mensaje, no hay en ella ningún asomo de vida interior. Su piel esta 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 (1955) y luego por TELLENBACH (1961), destaca el *vis-a-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 paranoides, 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 uno estaba preparado para encontrarse 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 (1943). 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 nuestra. No hay un ir y venir del flujo personal, no hay un intercambio entre su mirada y nuestra mirada, entre su acontecer y el nuestro. En lugar de un encuentro interpersonal auténtico, lo que se ha producido entre nosotros es apenas un *chocarnos* con ella, un encontrar algo y no un encontramos-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 nosotros, sino sólo *puesta* ahí, y nosotros sentimos que podríamos disponer de ella como de un utensilio a nuestro servicio. De hecho, la sometemos a un examen neurológico y no ofrece ninguna resistencia, como tampoco ayuda, y volvemos 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 (1955) 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 (1943) definió tan certeramente con las palabras: *connaitre 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 precordial, 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 períodos y en consonancia con los ritmos cósmicos, como ha sido desarrollado por TELLENBACH (1975) 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.

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

LLENBACH (1961). 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 (1966, Tomo II). Y TELLENBACH precisa "El modo de ser del *endón* es transobjetivo y por ende meta-psicológico, pero al mismo tiempo transobjetivo y por ende metasomatológico" (ob. cit., pág. 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" (1966, Tomo I). 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 (1975). 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 (1960) considerara como el hecho más central de la melancolía.

No hay duda que el concepto de endogenidad de TELLENBACH (1961, 1967, 1975) 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 (1953) 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 emerger que se pone de manifiesto 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 observador" (ob. 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 parte de 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 Occi-

dente -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 psicofísica", 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 sí 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 autodisponibilidad, en último termino, 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 trascendida, *chrema* es la naturaleza inanimada y el proceso de crematización que sufre el depresivo no es sino una progresiva pérdida de 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 períodos. Cuando decimos que *physis* es naturaleza trascendida, queremos significar que ella contiene tanto todo aquello involuntario, determinado, fuera de autodisponibilidad, propio de lo que HEIDEGGER llama *Geworfenheit* o "estado de yecto" o de ser arrojado al mundo (1927, 1963, 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 movi-

miento. 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 Gedrücktheit zwingt das Dasein auf seine Geworfenheit zurück, 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 este 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 sería 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.