

Otto Doerr-Zegers¹
Giovanni Stanghellini^{1,2}

Fenomenología de la corporalidad. Estudio de un caso paradigmático de esquizofrenia

¹D. Portales' University – Santiago, Chile

²G. d'Annunzio' University – Chieti, Italy

Se presenta el caso de una persona con esquizofrenia incapaz de mantener la postura erecta y de mantenerse en pie frente a la mirada de los otros, cuya subjetividad no es accesible mediante métodos estándar de entrevista. Para dar sentido a la conducta del paciente, de otro modo extraña e incomprensible, se analizan mediante el método fenomenológico las experiencias subjetivas del clínico durante su encuentro con él. También se realiza una comparación de la conducta del paciente con lo descrito en ensayos clásicos de la psicopatología fenomenológica. Durante el encuentro con este paciente, se produjo una corriente de fuerzas, no físicas, sino fisiognómicas. Lo que tiene lugar es una dinámica, que implica el cuerpo vivido del paciente, así como el del clínico, que pone en peligro la capacidad del paciente para mantener la postura erguida en frente al otro y hace que el clínico sienta que avasalla al paciente. La mirada tiene una importancia fundamental en esta dinámica. Los seres humanos desde la postura erguida toman distancia del contacto inmediato con las cosas y los demás seres vivos por medio de la mirada. La mirada es probablemente el fenómeno más prominente del cuerpo expresivo que permite la distancia, la previsión, la decisión y la reflexión, en lugar de dejarnos a merced del otro. Se propone que la pérdida de la postura erguida por parte del paciente y su incapacidad de contrarrestar con su mirada el poder objetivante de la mirada del otro, son los dos orígenes de un quiasma existencial encarnado en el corazón de la forma de vida esquizofrénica.

Palabras clave: Fenómenos corporales anormales, Apariencia, Fenomenología, Esquizofrenia, Postura erguida

Actas Esp Psiquiatr 2015;43(1):1-7

Phenomenology of corporeality. A paradigmatic case study in schizophrenia

We discuss the case of a person with schizophrenia who is unable to maintain the upright posture and to stand the other's look and whose subjectivity is not accessible by means of standard methods of interview. To make sense of the patient's otherwise odd and incomprehensible behavior, we analyze by means of the phenomenological method the clinician's subjective experiences during the encounter with him. We also contrast the patient's behaviour with classic essays in phenomenological psychopathology. During the encounter with this patient, a current of forces is produced, not physical but physiognomic. What takes place is a dynamics, involving the lived body of the patient as well as that of the clinician, that jeopardizes the patient's capacity to maintain the upright posture in front of the other and makes the clinician feel that he overwhelms the patient. The look plays a major importance in this dynamics. Human beings in the upright posture distance themselves through sight from the immediate contact with things and other living beings. The look is probably the most prominent phenomenon of the expressive body that allows distance, prevision, decision and reflection, rather than leaving us at the mercy of the other. We speculate that the patient's loss of the upright posture and his incapacity to contrast with his look the objectifying power of the look of the other are the two origins of an embodied, existential chiasm at the heart of the schizophrenic form of life.

Keywords: Abnormal bodily phenomena, Look, Phenomenology, Schizophrenia, Upright posture

Correspondencia:
Otto Doerr Zegers
Charles Hamilton 10286
Las Condes
Santiago de Chile
Tel.: 56-9-98251195
Correo electrónico: odoerrz@gmail.com

INTRODUCCIÓN: EL CUERPO EN LA ESQUIZOFRENIA

Son numerosos los signos y síntomas de la esquizofrenia que tienen que ver con la corporalidad. Por un lado, se encuentran las experiencias corporales anormales, es decir, anormalidades en las experiencias subjetivas y quejas sobre los propios sentimientos, sensaciones o percepciones que surgen del ámbito del propio cuerpo vivido. Los más representativos de estos síntomas son las anormalidades en la demarcación corporal, la vitalidad, la coherencia, la identidad y la actividad.¹⁻⁴ Estas experiencias corporales anormales pueden llevar a síntomas psicóticos, como delirios hipocondríacos y otros síntomas típicos de la esquizofrenia, como los delirios de control somático, en los que el cuerpo es el tema principal.

El signo observable más llamativo en la esquizofrenia es el comportamiento catatónico, que incluye movimientos estereotipados, posturas antinaturales y gestos forzados. Kahlbaum⁵ describe el estupor catatónico con la mirada dirigida hacia el interior y los brazos rígidos e inflexibles que pueden llegar a ser tan maleables como la cera. Cercana a la catatonía, se encuentran otros signos varios como la mirada paranoídea, los amaneramientos, las posturas extravagantes, ese característico caminar pegado a la pared y como en forma oblicua en relación a la dirección en la que uno suele moverse o la impersonal naturaleza adquirida por los espacios que habitan las personas con esquizofrenia, ya sea en su propio hogar o en la sala de hospital.

En este artículo, se limita el análisis a las anormalidades corporales observables y a las anormalidades de la conducta. Estos fenómenos son muy difíciles de analizar en términos fenomenológicos dado que en la mayoría de los casos los pacientes simplemente manifiestan estos comportamientos y son incapaces de explicar su significado, meta o función. Con este fin, se analizará el caso de un hombre en la treintena, al que se llamará David, cuya postura y conducta motora están caracterizadas por su incapacidad de mantener la postura erguida (se mantiene de pie medio doblado, mirando hacia su hombro), de andar hacia delante o de mantener la mirada del otro, así como de presentar un comportamiento muy extravagante (por ejemplo, organizar los objetos de su casa de la manera más arbitraria).

En lo que respecta al método, dado que era imposible alcanzar la subjetividad de David a través de una entrevista estándar (cuando se preguntaba a David sobre las razones de su conducta, este contestaba fuera de contexto o argumentaba pseudo-filosóficamente alejándose cada vez más del asunto en cuestión), se analizaron las experiencias subjetivas del clínico (O.D.) durante su encuentro con el paciente. Se eligió para proceder una fenomenología de aquellos sentimientos que la postura y los movimientos del paciente y el espacio intermedio provocaban en el clínico, y más tarde en su compañero de trabajo (G.S.), aplicando la variación libre de los significados⁶.

HISTORIA DE VIDA

La enfermedad de David comenzó cuando era un universitario de 22 años. En este momento se le hizo el diagnóstico de un episodio de esquizofrenia paranoide con delirios sobre el tema del "magnetismo", materia que estaba estudiando en ese momento. No fue capaz de retomar sus estudios y sólo llegó a desempeñar trabajos menores. Este primer brote le dejó un defecto relativamente importante, pero a pesar de su estado residual, el paciente fue capaz de mantenerse en un equilibrio precario al contar con el apoyo de su madre.

En la primera entrevista entre el clínico (O.D.) y el paciente, este estaba desempleado, divorciado y era padre de un niño de 8 años. En relación cronológica con una enfermedad grave de su madre, desarrolló un segundo episodio psicótico agudo. La muerte de su madre coincidió con el ingreso de David al Hospital Psiquiátrico. Pero antes comenzó a mostrar un comportamiento muy extraño, como la colocación de algodón en su nariz y oídos, la marcha hacia atrás, orden de los objetos de su casa de la forma más arbitraria imaginable, negligencia en su higiene personal y dejar de cambiarse de ropa tras el baño, etc. El fenómeno más alarmante era su extrema desconfianza hacia los demás y su tendencia al aislamiento, algo que se había manifestado ya durante el intervalo entre ambos episodios psicóticos y que venía siendo cada vez más marcado. A pesar de su extraña conducta y de las muchas voces que escuchaba, de alguna manera se las arregló para cuidar de su madre enferma. Sin embargo, cuando se hizo evidente que ésta iba a morir, se agitó mucho y tuvo que ser hospitalizado con urgencia.

EL FENÓMENO: LA PÉRDIDA DE LA POSTURA ERGUIDA

Lo primero que llama la atención en este paciente es la incapacidad de mantener la postura erguida. Aparece frente al clínico medio doblado, dando la sensación de encontrarse muy incómodo, mirando sobre su hombro y caminando hacia atrás o de lado, pero nunca de frente. Cuando el clínico se aproxima, inmediatamente hace un movimiento de retraimiento y cuando extiende la mano para tocarle, toca sólo las puntas de los dedos y sólo por un segundo. Cuando se le pide que se siente, lo hace también en una postura muy incómoda, descansando su nalga izquierda en la parte posterior de la silla, lo más lejos posible del clínico. Al mismo tiempo, extiende la misma pierna (la izquierda) en un gesto totalmente sin sentido y que sólo hace su posición en la silla aún más incómoda, a pesar de que fue capaz de mantener el equilibrio en el suelo sobre la base del apoyo de la pierna derecha.

Se encontraba extremadamente desarreglado y maloliente. Su auto-abandono iba más allá de lo que uno ha visto o imaginado en mendigos u otras personas marginales.

Desde el punto de vista somático, no se encontró ningún hallazgo patológico aparte de la pérdida de peso. Su lenguaje era característicamente laxo y lleno de respuestas no relacionadas con las preguntas, pero sin neologismos o grandes anomalías de la estructura del lenguaje.

Durante la entrevista evitó mirar a los ojos, incluso se cubría los ojos con su mano derecha, manteniéndola levantada a unas cuatro pulgadas de su cara, a la altura de los ojos. Cuando se le preguntó sobre esto, dijo que le molestaba que otros lo miraran, no sabía por qué, pero no podía soportarlo, aunque parecía ser porque las miradas le transmitían las palabras que él tenía en su cabeza.

Además, hizo una serie de movimientos y gestos extraños y desagradables, tales como escupir en la mano derecha o su propia ropa y hurgarse la nariz.

David tuvo una reacción peculiar cuando un colega joven, alto y macizo - que había estado presente en la entrevista - se levantó para abandonar la sala, para lo cual tenía que pasar cerca suyo: este se encogió aún más, adoptando una posición casi fetal, moviendo abruptamente su silla hacia atrás. Más tarde, explicó que los cuerpos grandes le aterrorizaban. Además de las aclaraciones mencionadas anteriormente no era posible entender más a fondo las razones de la conducta y las experiencias del paciente.

Un ensayo de Erwin Straus⁷ puede arrojar algo de luz sobre el significado de la pérdida de la postura erguida en David. La postura erguida es característica de los seres humanos. Sin embargo, no es algo que venga dado y los seres humanos tenemos que luchar para adquirirla y mantenerla. La posición natural del hombre es, por lo tanto, la resistencia. Como sostiene Straus, expresiones como "estar en pie" o "derecho o erguido" tienen una doble connotación: física y psicológica o moral. "Estar o permanecer derecho" significa erguirse, sostenerse sobre sus propios pies, así como no rebajarse a cualquier cosa, y moverse según las propias convicciones" (p. 137). Lo mismo sostiene para la expresión "afrentar" que significa 'mirar a las cosas directamente de frente' y "resistir la embestida" (p. 162). 'Estar o permanecer en pie' significa estar erguido, pero también resistir ante la amenaza, el peligro o el ataque (p. 143). Con la postura erguida, la ambivalencia impregna la existencia humana, porque expresa por una parte "austeridad, inaccesibilidad e inmovilidad" y por otra, "firmeza, dominación y majestad" (Pág. 145). Hay una estrecha relación entre la postura erguida y la mirada. El hombre en la postura erguida no se mueve en la línea de sus ejes digestivos (es decir, en la dirección de sus impulsos básicos) como lo hacen todos los animales; más bien, se mueve en la dirección de su mirada. La postura erguida nos distancia del contacto inmediato con las cosas y con otros seres vivos, permitiendo así la previsión, la decisión y la reflexión, en lugar de vivir a merced de nuestros instintos, y al mismo tiempo nos mantiene al frente de nuestros semejantes ya que "las verticales nunca convergen" (Pág. 145).⁷

FENOMENOLOGÍA DEL "ENTRE"

Ahora bien, ¿cómo se puede entender lo que el paciente muestra en primer plano y que manifiesta a través de su torpe corporalidad? Dado que no se tiene acceso a su propia subjetividad, es decir, a las experiencias subyacentes a su comportamiento, para darle sentido al mismo se decidió analizar la subjetividad del observador, es decir, las experiencias que provocan en él. Para tal propósito, procederé a analizar mi encuentro con él, lo que ocurrió en el 'entre',^{9,10} en lo 'atmosférico',¹¹ en aquel espacio que se extiende entre él y yo. Queremos llevar a cabo una fenomenología del "entre" basada en nuestros sentimientos,¹² impresiones y fantasías producidas por el encuentro con David.

Mi primera sensación es como si inevitablemente me fuera encima de él y lo empujara, sin lograr contenerme y mantener mi propia posición. Pronto me doy cuenta de que la tendencia de David a doblarse y ocupar menos espacio es su respuesta a mi propia sensación de invadirlo. Mi cuerpo vivido se expande y su cuerpo vivido se encoge.

Sin duda, es la ausencia de su mirada lo que causa la falta de equilibrio en el encuentro.¹³ Él no me mira, y esto hace que el encuentro se torne dramáticamente desequilibrado. He mirado a personas más pequeñas, enflaquecidas o más encogidas sin experimentar en absoluto la sensación de invadirlos o atropellarlos. El hecho de que no me mire implica que su mirada no pueda mantener al otro en la distancia justa. Si él me mirase, podría evitar que yo lo mire fijamente de forma tan invasiva. La mirada del otro ofrece una especie de resistencia al poder invasivo de la propia mirada: pero éste no es el caso de David.

Este fenómeno no es similar a lo que se experimenta cuando se contempla un bello paisaje. Al igual que David, el paisaje tampoco "me mira", pero el efecto es muy diferente. La belleza del paisaje atrapa y me hace sentir como una pérdida de identidad, al punto de fundirme con él (tal como describe Dostoievski¹⁴ cuando relata las experiencias del príncipe Myškin en el lago de Lucerna). Este modo de encontrarse con un paisaje sublime es muy diferente al que tiene lugar entre David y yo, ya que en el primero yo me fusiono con el paisaje, mientras que en el segundo mi cuerpo se torna más grande y siento que invado su cuerpo (quien quizá, sienta también que es invadido). Es decir, yo experimento como si de alguna manera estuviera objetivando a David.

Este fenómeno tiene una remota analogía con lo que ocurre en el encuentro con el depresivo, pero es esencialmente diferente. El cuerpo del depresivo adquiere un carácter inerte, pasivo, no resonante y al mismo tiempo sólido e impenetrable, que recuerda al de un cuerpo muerto. La mirada del depresivo, su opacidad, revela lo mismo. El cuerpo del depresivo sufre un proceso de desvitalización, denominado por nosotros 'crematización' (de 'chrema' = cadáver) en trabajos anteriores.¹⁵⁻¹⁸

Nada de eso ocurre con el cuerpo retorcido y disminuido de David. A diferencia del deprimido que no puede mirar porque carece de vitalidad para ello, David no quiere mirar. Se cubre los ojos con las manos para que mi mirada no llegue a él y no tenga que corresponder con la suya.

Pero su *no querer mirar* más su *postura doblada* y su *marcha hacia atrás* no producen en mí esa ligera sensación de náusea y repulsión que se experimenta frente a un deprimido estupefacto,^{15,16} sino más bien una especie de fascinación, que hace que me sienta impulsado a seguir mirándolo sin que él responda. Como consecuencia de ello, yo me torno más invasor y él se siente más invadido.

DOS CARAS DEL CUERPO VIVIDO: EL CUERPO COMO SOSTÉN Y EL CUERPO DE LA VIDA VOLUNTARIA

La manera de caminar de David y de ocupar el menor espacio posible, no es un mero amaneramiento, sino la consecuencia necesaria de una alteración profunda de su corporalidad. Ahora bien, ¿qué cuerpo es el que está alterado?

Ciertamente no es el cuerpo objetivo o soma, el cuerpo que puede medirse y explorarse con instrumentos. No es un problema somático relacionado con un trastorno neurológico o un efecto secundario de los neurolépticos (lo que fue excluido mediante un examen exhaustivo). Es el cuerpo vivido, el *Leib*, lo que está afectado. Tanto en la depresión como en la esquizofrenia hay un cambio profundo en el *cuerpo que soy*,¹⁹ *intra-cuerpo*²⁰ o *cuerpo vivido*. El *extra-cuerpo* es el cuerpo de la anatomía y la fisiología, divorciado de la conciencia. Este cuerpo puede ser medido, examinado mediante instrumentación médica, operado bajo anestesia y trasplantado. Es dentro del estudio de este cuerpo dónde se han hecho posibles los grandes avances de la medicina moderna, la misma medicina que ignorando el cuerpo vivido no sabe cómo conceptualizar los llamados trastornos "funcionales". El *intra-cuerpo* es en última instancia el *cuerpo vivido*, el *cuerpo que soy*, un elemento fundamental para la antropología psiquiátrica. El cuerpo vivido no es sólo un objeto entre los objetos, sino que está subjetivamente encarnado.

La característica esencial, sustantiva de la depresión es un cambio en el encontrarse o hallarse en el propio cuerpo, es decir, una modificación del *intra-cuerpo* o *cuerpo vivido* que consiste básicamente en un compromiso de los "sentimientos vitales", en el sentido de Max Scheler.^{15-18,21-26} La alteración radical tiene que ser encontrada en el mundo de la vitalidad, de las necesidades básicas, de los impulsos y emociones; en última instancia, de los *sentimientos vitales*. 'Mi cuerpo está muerto', 'Mi interior no tiene vida', 'Me siento privado de cualquier tipo de chispa interior', 'No puedo sentir', 'Lo que ocurre a mi alrededor no puede impresionarme', 'No me siento vacío, estoy vacío' – estos son sólo algunos

ejemplos de la corporalidad experimentada por las personas con depresión. Es el sentimiento de que la vitalidad, la frescura, la integridad física y psíquica están disminuidas, lo que domina la existencia de los depresivos.

Una característica importante y distintiva del cuerpo encarnado en las personas con depresión es que se encuentra dominado por la estructura de la sobreidentificación en el sentido de Kraus.^{27,28} Estos pacientes no muestran distancia entre la identidad de yo y la identidad de rol, con muchas consecuencias, entre ellas la tendencia a mantenerse muy cerca de su cuerpo. Y de este modo, sienten que no son nada más que su cuerpo que es vivenciado como anormalmente materializado y reificado, pesado y rígido, carente de emociones, energías o impulsos. Esta pérdida de elasticidad corporal y resonancia implica sensaciones dolorosas de desrealización (sentimientos de aislamiento de las otras personas y de la realidad externa).

Son típicas las quejas de falta de resonancia emocional (p. ej. la incapacidad para tener sentimientos de empatía con los demás) en episodios depresivos agudos. Otra característica distintiva es que estas experiencias tienen el carácter paradójico de una dolorosa falta de sentimientos, una incapacidad insoportable de no poder ser afectados, el 'sentimiento de la pérdida de los sentimientos'²⁹ – todo lo contrario de lo que ocurre en la ataraxia.

Pero si es el mismo cuerpo vivido el que está alterado, ¿de dónde surgen las diferencias entre los sentimientos provocados por David y los provocados por el cuerpo de una persona depresiva? ¿Hay diferentes trastornos de la corporalidad vivida? Aquí corresponde hacer una digresión sobre las dos dimensiones del cuerpo vivido y sus modificaciones.

El *cuerpo que soy* tiene al menos dos caras: el cuerpo como sostén y el cuerpo de la vida voluntaria³⁰ (ver Tabla 1).

La primera cara, el *trager Leib* (cuerpo como sostén) en la psiquiatría antropológica de Zutt, se corresponde con la región vital llamada 'afectivo-vegetativa'. Está constituida por el fundamento involuntario y prerreflexivo de nuestras necesidades (p.ej. hambre, sed, sueño, deseo sexual) y los sentimientos vitales (p.ej. ánimo/desánimo, vitalidad/cansancio, placer/náusea, etc.). Las necesidades/sentimientos vitales nos dirigen hacia el mundo y los objetos de interés que lo pueblan. El cuerpo como soporte es la sede de los procesos autónomos (estados de ánimo y motivaciones) que nos mueven/detienen. Esta dimensión del cuerpo vivido se caracteriza por ser en mayor o menor medida ajena a la voluntad (no puedo decidir tener hambre o sueño o estar eufórico o cansado) y estar sujeta al tiempo de la maduración, del llegar a ser, también, por cierto, involuntario. La modificación de la corporalidad, observada mirando a los depresivos, refleja un trastorno de esta dimensión, como se muestra a través de las quejas de estos pacientes: desaliento, falta de energía, falta de fuerza, pesadez de las extremidades, sensación de frío, náuseas, dolores generalizados, etc.

Tabla 1

<i>Cuerpo como sostén</i>
Cuerpo involuntario: afectivo-vegetativo (ciclo sueño-vigilia) impulsos (hambre, sexo), estados de ánimo (aburrimiento, depresión, exaltación), involuntario llegar a ser, <i>tragender Leib</i> (cuerpo 'sostén' o 'motor').
Sede de los procesos autónomos (estados de ánimo e impulsos) que nos mueven / nos detienen.
<i>Cuerpo de la vida voluntaria.</i>
Cuerpo voluntario: estético / fisonómico, acciones voluntarias (coger, caminar, ver), actitudes, posicionamiento, cuerpo que se manifiesta.
Sede de la auto-nomía.

Ahora, existe otra cara de este cuerpo que soy o vivido, que es en cierto modo diametralmente opuesta al cuerpo afectivo-vegetativo, al cuerpo como sostén de nuestra acción y experiencias y que corresponde al cuerpo de la vida voluntaria, del movimiento, del mirar, coger y moldear. A mí me da sueño o hambre (me pasa, soy pasivo frente a ello); en cambio decido transformar una piedra en un arma o dirigir mi mirada hacia alguien o mis pasos hacia algún lugar. Este cuerpo de los actos voluntarios es el mismo que está abierto al mundo, inserto en él, que está permanentemente expresándose, manifestándose y, sobre todo, avanzando. Es el cuerpo a través del cual el ser humano realiza su condición de itinerante.³¹ A la esencia de este cuerpo pertenece el caminar, estar siempre en el propio camino hacia alguna parte.

Esta dimensión del cuerpo vivido expresa su referencia esencial hacia el mundo (*welthafter Leib*). Estar relacionado con el mundo significa sobre todo tener un puesto en el mundo y manifestarse uno mismo en él como un cuerpo que mira y es mirado, escucha y es escuchado, toca y es tocado. Al mismo tiempo, este cuerpo toma distancia y marca límites; esta es la base antropológica del habitar. No es que nosotros habitemos porque tengamos viviendas, sino que por el contrario, construimos paredes como una extensión de nuestro cuerpo por la necesidad de tomar distancia y morir. Pertenece al cuerpo como vida voluntaria que establece fronteras y límites que lo separan de lo extraño y desconocido y luego establece rangos que ordenan su relación con lo y los conocidos y que dialoga con el otro (*in Erscheinung stehender Leib*). "Habitar" es un "orden existencial"³² (p. 409) relacionado con otro orden fundamental, el *rango*. Hay personas que nunca atraviesan la entrada a mi casa y su contacto con ellas ocurre en la puerta principal. Otros llegan hasta el salón de mi casa (conocidos, visitas de pésame, etc.). Menos son los que cenar conmigo en el comedor (amigos) y muy pocos entran en mi dormitorio (sólo mi esposa y mis

hijos). El *rango*, así como el *habitar*, son funciones del cuerpo vivido en cuanto se manifiesta en el mundo; pero no son fijos, sino que cambian con el tiempo, son históricos.

Entonces, esta dimensión del cuerpo es la sede del posicionamiento (*Stellungnahme*), esto es, de estar de pie, afrontar, resistir; y de la auto-nomía, la capacidad de dar una norma (*nomos*) a uno mismo (*autos*),³³ es decir, moldear activamente y dar forma a la facticidad propia, a las necesidades básicas, a los impulsos, a la historia personal y la propia posición de uno mismo en el mundo.

El cuerpo como vida voluntaria es también donde tiene lugar la *mirada* y el *ser mirado*. En el encuentro con el cuerpo vivido del otro se produce una dinámica de fuerzas. Estas fuerzas no son físicas, sino fisiognómicas: amenazar/tranquilizar, abrumar/capitular, huir/permanecer estático, etc. Lo que aquí tiene lugar es un afectar y ser afectado, un sostener la postura frente al otro o un ser derrotado, aplastado por él. El fenómeno de la mirada juega un papel de la mayor importancia en esta dinámica.

CONCLUSIONES

Considerando que el cuerpo vivido en personas con depresión refleja hundimiento, pérdida de apoyo y de ser llevado - todas dimensiones del soporte del cuerpo como sostén - el cuerpo de David refleja un deterioro del cuerpo de la vida voluntaria.

Así el caso de David, tan incomprensible desde un punto de vista psicológico e inexplicable desde un punto de vista somatológico, se nos muestra como consecuencia de la modificación de una estructura fundamental del ser humano, la cual es su condición de cuerpo vivido en su posición erguida, referida al mundo, expresivo, poseedor de una determinada posición, postura o apostura (Stand) y siempre en camino hacia alguna parte. Esta estructura, que no es reducible ni a lo psíquico ni a lo somático, es el quiasma entre la postura erguida y la mirada, esto es, la posibilidad de distanciarse uno mismo del otro con el poder de la mirada propia. David ha perdido completamente su postura existencial, como se hace evidente en los siguientes fenómenos:

1. *Incapacidad de mantener la posición erguida*, tendiendo a retorcerse y girarse hasta alcanzar por momentos la posición fetal (en ausencia de alteración de la columna o de enfermedad neurológica alguna). La psiquiatría clásica lo consideraría un amaneramiento, pero esto es la expresión de la pérdida de una posición segura en el mundo (especialmente en el mundo social). Expresa la incapacidad para resistir el empuje, para resistir la amenaza, el peligro y el ataque.
2. *Incapacidad de resistir la mirada del otro*. El cuerpo de David refleja además la desproporción entre mirar/ser mirado, penetrar/ser penetrado, sentirse protegido/

amenazado. David tiene que taparse los ojos con sus manos. Sería un error ver esto como un simple amañamiento, dado que el paciente explica su comportamiento diciendo que es incapaz de soportar que los otros le miren. Los seres humanos en la postura erguida se distancian a sí mismos a través de la mirada, del contacto inmediato con las cosas y de los otros seres vivos. La mirada es quizás el fenómeno más prominente del cuerpo expresivo que permite la previsión, decisión y reflexión, en lugar de dejarnos a merced de nuestros instintos o de los de otras personas. Quizás la consecuencia más catastrófica de la pérdida de la postura erecta sea que no puede contrastar con su mirada el poder objetivante de la mirada del otro.

3. *Incapacidad de posicionarse y la pérdida consiguiente de todo orden o rango.* Con respecto a lo primero, no sólo las miradas lo atraviesan, sino que escucha voces que no ha evocado y hay pensamientos ajenos que interfieren con los propios, según él, a través de las miradas. Todo esto expresa la pérdida de orientación y un deterioro de la posición horizontal, es decir, del posicionamiento en el contexto de las relaciones humanas. Una de las características más prominentes de la corporalidad de David es la pérdida de la horizontalidad,³⁴ en general una alteración del espacio vivido (habitar en el mundo vivo) caracterizado por la pérdida de la postura, de la toma de perspectiva y de la toma de posición entre sus semejantes. El cuerpo de David es incapaz de habitar. Siendo incapaz de tomar distancia y de establecer límites, se derrumba en sí mismo, retorcido como un punto de interrogación.
4. *Incapacidad de avanzar por el camino de la vida.* Otra característica del cuerpo expresivo, que es el ir siempre hacia alguna parte, aparece también destruida. David tiene dificultad en cada movimiento frontal, para caminar hacia delante, es decir, en cada paso hacia el futuro. Sólo puede desplazarse en forma lateral o hacia atrás. David no sólo es incapaz de desarrollar trabajo alguno, lo cual implica siempre algún grado de planificación y progreso hacia adelante, sino que el mismo acto de caminar ha perdido su frontalidad natural, mostrando en forma corporal y concreta su incapacidad de avanzar por el camino de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaspers K. General Psychopathology. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1997.
2. Huber G. Die coenästhetische Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiat. 1957b;25:491.
3. Ey H. Traité des hallucinations. Paris: Masson, 1973.
4. Cutting J. The principles of psychopathology: two worlds, two minds, two hemispheres. Oxford: Oxford University Press, 1997.
5. Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein, eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlin, 1874.
6. Husserl E. Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1950.
7. Straus E. Über die aufrechte Haltung. In: Psychologie der menschlichen Welt. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag, 1960.
8. Stanghellini G. The portrait of the psychiatrist as globally minded citizen. Current Opinion in Psychiatry. 2013;26:498-501.
9. Kimura B. Réflexion et soi chez le schizophrène. In: Ecrits de psychopathologie phénoménologique. Paris: Presses Universitaires de France (1992); pp. 117-27.
10. Tellenbach H. L'entre-deux: individu et société. A propos de l'analyse du conditionnement des psychoses endogènes. L'Evolution Psychiatrique, Tome XLII, Fasc. III/2, N° special: 897-906, 1977.
11. Tellenbach H. Geschmack und Atmosphäre. Medien der Elementarkontaktes. Monographie. Salzburg: Otto Müller, 1968.
12. Rümke H. Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenen. Nervenarzt. 1958;29:49.
13. Basaglia F. L'utopia della realtà. Torino: Einaudi, 2005.
14. Dostoyevsky F. El Príncipe Idiota. En: Obras Completas, Tomo II. Madrid: Aguilar, 2004.
15. Doerr-Zegers O. Análisis fenomenológico de la depresividad en la melancolía y en la epilepsia. Actas Luso-Españolas Neurol Psiquiat y Cs. Afines 7 (2ª Etapa). 1979; 29:291-304.
16. Doerr-Zegers O, Tellenbach H. Differentialphänomenologie des depressiven Syndroms. Der Nervenarzt. 1980;51:113-8.
17. Doerr-Zegers O. Dimensiones de la depresión. Apuntes de Medicina Clínica. 1988;27:11-21.
18. Doerr-Zegers O. El cambio de la corporalidad y su importancia para la determinación de un síndrome depresivo fundamental o nuclear. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 1993;20(6):202-12.
19. Marce, G. Être et Avoir. Paris: Mouton, 1955.
20. Ortega y Gasset J. Obras completas, Cap. 7, pp. 124 ss. Madrid: Revista de Occidente, 2ª Ed. 1965.
21. Scheler M. Wesen und Formen der Sympathie. Frankfurt: Schulte Verlag, 1948.
22. Schneider K. Pathopsychologie der Gefühle und Triebe. Leipzig: Georg Thieme Verlag, 1935.
23. Doerr-Zegers O, et al. Del análisis clínico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su contexto patogénico. Rev Chil Neuropsiquiat. 1971;10:17-39.
24. Doerr-Zegers O. Clínica y evolución de 100 pacientes con enfermedad afectivas tratados personalmente. Conference given in the framework of a Symposium about Depression organized by the Chilean Society of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, Santiago de Chile, October, 1974.
25. López Ibor JJ Sr. Las neurosis como enfermedad del ánimo. Madrid: Gredos, 1966.
26. López-Ibor JJ Jr. El cuerpo y la corporalidad. Madrid: Gredos, 1974.
27. Kraus A. Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Stuttgart: Enke, 1977; p. 55.
28. Kraus A. Psychotherapie Based on identity Problems of Depressives. American Journal of Psychotherapy. 1995;49(2):197-212.
29. Schulte W. Nicht-traurig-sein-können im Kern melancholischen Erlebens. Nervenarzt. 1961;32(314):23-4.
30. Zutt J, Kulenkampff C. Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag, 1958.
31. Laín Entralgo P. Teoría y Realidad del Otro. Madrid: Revista de Occidente, 1961.
32. Zutt J. Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag, 1963.

33. Stanghellini G, Rosfort R. Emotions and Personhood. Exploring Fragility, Making Sense of Vulnerability. Oxford: Oxford University Press, 2013.

34. Kulenkampff C. Entbergung, Entgrenzung und Überwältigung als Weisen des Standverlustes. Zur Anthropologie der paranoiden Psychosen. Der Nervenarzt. 1955;26: 89-95.