

Merleau-Ponty y el sentido de la enfermedad mental. «La locura en el lugar» o la destrucción de los hábitos compartidos

Merleau-Ponty and the meaning of mental illness. «The insanity of place» or the destruction of shared habits

JOSÉ LUIS MORENO PESTAÑA*

Resumen: Este texto utiliza los análisis sobre la enfermedad mental de Merleau-Ponty para plantearse ciertas preguntas básicas: cuáles son las fronteras entre lo normal y lo patológico, qué tipo de distorsiones introduce la enfermedad mental y en qué ámbitos de la existencia, cómo caracterizar las variaciones de la conducta espacio-temporal a las que nos referimos habitualmente cuando hablamos de enfermedad. Se pone a Merleau-Ponty en diálogo con otros pensadores (señaladamente Erving Goffman) y se articulan sus conceptos respecto de una investigación empírica concreta.

Palabras clave: filosofía y enfermedad mental, filosofía y sociología, trastornos alimentarios, Maurice Merleau-Ponty y Erving Goffman.

Abstract: This research uses the Merleau-Ponty's analysis about mental illness to make some basic questions: which are the frontiers between normal and pathological, what kind of distortions does mental illness introduce and in which fields of existence, how to characterize the variations of the space-temporary behaviour to which we usually refer speaking about illness. I make a dialogue between Merleau-Ponty and others thinkers (especially Erving Goffman) and I articulate his concepts in a particular empiric research.

Key words: philosophy, mental illness, philosophy and sociology, eating disorders, Maurice Merleau-Ponty and Erving Goffman.

El presente trabajo recurre a ciertas tesis de Merleau-Ponty desarrolladas en dos de sus obras (*La structure du comportement* y *Phénoménologie de la perception*) para reflexionar acerca de los datos obtenidos en un trabajo de campo sobre los trastornos alimentarios¹. En primer lugar, acudiré a su tratamiento de la distancia entre lo normal y lo patológico para pensar una ontología de la enfermedad mental diferente a la de quienes la conciben según modelos biológicos o la disuelven dentro de una variante superlativa de crítica de las ideologías. En segundo lugar, me ayudaré de su

Fecha de recepción: 22 octubre 2007. Fecha de aceptación: 20 diciembre 2007.

* Departamento de Historia, Geografía y Filosofía. Avenida Doctor Gómez Ulla s/n, 11003-Cádiz. Correo electrónico: jose-luis.moreno@uca.es. Es autor de *Convirtiéndose en Foucault* (Barcelona, Montesinos, 2006; trad. francesa *En devenant Foucault*, Broissieux, Croquant, 2006) y de las entradas «Foucault», «Heidegger», «Merleau-Ponty» y «Phénoménologie» del *Abécédaire de Pierre Bourdieu*, (París, Éditions de Sils Maria, 2007).

1 Agradezco a Antonio Campillo, Alejandro Estrella, Juan Manuel Fuentes, Margarita Huete, Salvador López Arnal, Enrique Martín Criado y Francisco Vázquez la lectura y comentarios que dedicaron a este artículo.

idea de que el sujeto es un conjunto de campos sensoriales para localizar los puntos de vínculo con el mundo que se distorsionan en la experiencia de la enfermedad mental en general y de los trastornos alimentarios en particular. En tercer lugar, me apoyaré en su descripción acerca de cómo ciertas dimensiones del habitus pueden violar —desde el pasado, a partir del futuro imaginado, o cuando una de las dimensiones de nuestro mundo de vida se impone sobre las otras— las condiciones de la experiencia compartida, para explicar qué nos hace sentir que un enfermo es aquel que introduce comportamientos monocordes allí donde estos carecen de sentido. Usaré como hilo conductor de algunas reflexiones un fragmento de mi experiencia etnográfica que presentaré inmediatamente.

Una escena etnográfica

Se celebraba una fiesta para celebrar el fin de un campamento con chicas que padecían trastornos alimentarios. Esperaba encontrarlas muy delgadas según el prototipo con el que las fotos espectaculares de los medios de comunicación me habían acostumbrado a imaginarlas. Cuando entré en la sala no encontré nada de lo esperado. Había chicas con diferentes grados de corpulencia que bromeaban recordando una reciente actividad colectiva. Junto a ellas, un joven atlético y en prenda deportiva que había oficiado como monitor de dicha actividad. Tres psicólogas, casi confundidas por su aspecto con las pacientes, participaban en la charla. Yo estaba en una de las esquinas de la sala hablando con los padres que poco a poco se iban deslizando hacia la puerta. La conversación giró rápido hacia la liga de fútbol y me acomodé como pude a ella. Me hubiera acercado al grupo pero claramente desentonaba. El espacio se había dividido sexualmente, no sólo por clases de edad. Al lado de la animada conversación se sentaban tres madres. Me llamó poderosamente la atención la mirada ausente con la que asistían al pequeño jolgorio. Iban arregladas pero entre ellas y sus hijas se establecía un enorme abismo estético. Las chicas vestían ropa muy ceñida, tacones altos en su mayoría y rivalizaban entre ellas para atraer la atención del monitor. Las madres, por su parte, se vestían con ropa formal en la que era imposible distinguir cualquier atisbo de escenificación de su cuerpo.

Pude acercarme al grupo sólo cuando empezaron a circular fotos de la actividad. En las fotos se distinguían continuamente dos chicas que posaban para la cámara y que eran quienes concentraban la atención en la reunión. Seguían pasando las fotos y las madres continuaban sin emitir una palabra, pegadas a sus hijas como si de un vigilante se tratase. Los hombres presentes, por su parte, habían acabado fuera de la sala. La situación para mí era un poco complicada. La división de género del espacio era total y sólo se suspendía con el joven monitor de grupo. Poco a poco me fui situando cerca de las madres hasta sentarme a su lado. Era la única forma de hacer mi presencia «tolerable». Brevemente, alguna de las tres psicólogas intentaba incorporarme a la conversación pero mi mínima intervención apagaba la efervescencia e imponía una escucha respetuosa, similar a la que se dispensa a un profesor, posición por la que se me reconocía y gracias a la cual estaba «autorizado» a continuar en aquel entorno. Una de las madres me preguntó si yo era psicólogo. Le explicé una de las psicólogas que yo era un profesor de universidad. «Hay que ver qué joven, eres», me dijo. «¿Estás ya casado?».

La ontología de la «enfermedad»

Llega el momento de preguntarme qué me extrañó tanto y por qué salí de aquella reunión con la sensación de no haber «visto» nada. Lo que yo podía «ver» estaba configurado por la creencia

de que un enfermo mental está completamente separado del mundo normal, en el caso, de que las enfermas de anorexia o bulimia debían tener trazas corporales evidentes de su enfermedad. Ese supuesto forma parte de ciertas definiciones standard de lo que es una enfermedad mental o, al menos, de las que yo había interiorizado. Existe, entre lo normal y lo patológico, una frontera clara. Cuando se cruza, uno no responde de sus actos y, en el caso que nos ocupa, deja marcas palpables en su complexión física; mientras se permanece en el buen lado, uno gobierna su conducta.

Esta creencia en la claridad absoluta de la conciencia procede, según Merleau-Ponty (1945: 202-203), de un grave error teórico. Éste consiste en reducir todas las formas de conciencia a una: la conciencia reflexiva que guía contados momentos de nuestra vida y de nuestras actividades. A esa conciencia reflexiva, además, la dotamos de un índice de claridad desproporcionado. Todo en ella es inteligible; ninguna sombra la recorre, ningún punto borroso destiñe el espectáculo que nos ofrece. Del lado de la enfermedad, por el contrario, todo es enajenación y pérdida del vínculo común. Así, entre la conciencia clara de la salud y la conciencia confusa de la enfermedad no existiría filtración alguna.

Este tipo de explicación puede declinarse de dos modos. Para el modo empirista, mayoritario hoy entre quienes defienden una explicación genética o exclusivamente neurológica de la anorexia y la bulimia, la enfermedad mental procedería de una alteración del equipamiento biológico del individuo. Para el intelectualista, presente en quienes creen que la enfermedad se resuelve con prédicas morales, sin embargo, la patología procedería de un juicio falso sobre la realidad con consecuencias degradantes para el sujeto. Alteración biológica y/o confusión subjetiva invitan así a estrategias prácticas distintas: reducción de toda responsabilidad del enfermo mental, convertido en efecto de una distorsión genética o fisiológica o ultramoralización del mismo, sobrecargándolo así de una responsabilidad radical por su estado².

Contadas veces, sin embargo, vivimos conducidos por lo que Merleau-Ponty (1945: 393-394) llama una conciencia plena que atrapa las cosas por medio de conceptos. Bien al contrario: la conciencia «es una red de intenciones significativas, en ocasiones claras para sí mismas, en otras vividas más que conocidas» (Merleau-Ponty, 1942: 187). Tampoco los enfermos de alucinación, arguye, viven completamente cortados del mundo: sus experiencias auditivas o visuales comparecen al lado de experiencias perceptivas en nada diferentes de las nuestras³. La dimensión extraña de su experiencia

2 La idea de que la enfermedad es fruto de una elección racional incomprendida o deliberadamente bizarra fue uno de los caballos de batalla de la antipsiquiatría de Thomas Szasz y continúa hoy orientando secretamente a quienes creen que las ciencias sociales sólo pueden realizar su trabajo en este terreno, impugnando la solidez de la psiquiatría y la psicología, y que todas las ideas acerca de la locura no son sino ideologías legitimadoras de ciertas profesiones, y de ciertas concepciones de la normalidad: «Las figuras de proa de la antipsiquiatría son un existencialista de izquierda [Laing], un sociólogo [Goffman] y un psicoanalista de derecha [Szasz] promoviendo los valores de la libre empresa, esto es, una amalgama curiosa donde las haya. La base común de estas figuras distintas es una ideología individualista donde el modelo de persona está determinado por la racionalidad, la elección y el control de sí. Los tres están comprometidos con la investigación del sentido de la esquizofrenia, y todos redescubren los lugares comunes de las ideologías occidentales sobre la persona» (Barrett, 1998: 255). La descripción, incluso con su tono polémico, es excelente aunque notablemente injusta con el conjunto de la obra de Goffman (no conozco las de Laing y Szasz para pronunciarme al respecto). La potencia con la que la pérdida de un cierto rol convertía a los individuos en una especie de muerto viviente, con una identidad completamente desmoronada, era descrita, desde el primero de sus artículos y con particular emoción, en términos fenomenológicamente muy próximos de lo que llamamos locura (Goffman, 1997: 17) —otra cosa es que asumamos la versión que de la misma da la psiquiatría—. Aunque eso sí, la sentencia de Barrett se acopla con particular precisión a una cierta ideología que dice fundarse en Goffman.

3 La tesis de la intermitencia de la locura, presente ya en la *Antropología* de Kant es la que, desde Pinel, permite el diálogo con el loco y el tratamiento moral del enfermo. Sobre esta cuestión véase Joseph (1996: 26-29).

los diferencia de nosotros, pero eso no quiere decir que los envuelva completamente: en la mayoría de los casos, los enfermos son conscientes, explicaba Merleau-Ponty, de que lo que perciben, por ejemplo, en su alucinación, es distinto de lo que perciben en el mundo que comparten con nosotros. Un enfermo de alucinaciones ha perdido su inserción en el sistema común de apariencias con el que los seres humanos confirmamos, a través de mil pequeños gestos, nuestra inserción en un mundo compartido; pierde así el enfermo «su comercio cotidiano» con el mundo, el «sistema de pequeñas apariencias» con el que nuestro tejido vital cobra sentido (Merleau-Ponty, 1945: 394-397). Volveré en seguida a esta cuestión del comercio con el mundo y acerca de cómo la interrogación de éste puede arrojar luz sobre las personas diagnosticadas como enfermas de trastornos alimentarios.

Cierto que él está separado de nuestro mundo. Pero, y nosotros, ¿en nada estamos cercanos a él? Evidentemente, sí, explica Merleau-Ponty: nuestro conocimiento intelectual se eleva sobre fundamentos prelógicos que ponen al sujeto en contacto con experiencias limitadas y turbias de las cosas y de su propia experiencia biográfica. Con lo segundo, porque el presente de un sujeto está continuamente desquiciado por un pasado que nos persigue y un futuro que perfila nuestra vida sin haber abandonado jamás el estadio de lo meramente probable. La brecha de una alteridad que amenaza desnivelar nuestra relación con el mundo común se encuentra enclavada en el centro de la experiencia normal. Con lo primero, porque todo conocimiento de las cosas depende de una fe perceptiva que está orientada por las conductas de mis semejantes y permite completar con ellas un mundo de percepciones compartidas. Pero esa fe perceptiva no implica nunca la plena certidumbre de cuanto configura mis campos sensoriales: constituye «una herida abierta por la que puede colarse la ilusión» (Merleau-Ponty, 1945: 400).

Al insistir en la existencia de fundamentos prelógicos de nuestra vida normal, y de que ésta jamás se encuentra en plena posesión de sí misma, se arruina la creencia en que podría trazarse una delimitación implacable entre la salud y la morbosidad mental. Existen, claro está, diferencias: y *éstas pueden ser muy amplias*, pero siempre son de grado, nunca de naturaleza. Entre el enfermo mental y nosotros no existe una diferencia de esencia: ambos compartimos una humanidad común que se modula en experiencias más o menos lejanas, pero que todos sentimos como posibles. La experiencia etnográfica con enfermos mentales lo ha mostrado. Sue Estroff (1998: 305-338) explica cómo se produce la creencia de que entre la enfermedad mental y la vida normal se interpone una frontera radical. La distancia del enfermo comienza con síntomas angustiosos pero que no impiden la experiencia compartida con los demás. Esos síntomas, por lo demás, son resentidos en ocasiones por las personas normales⁴. Posteriormente, tales síntomas, debido a procesos que sería muy extenso mostrar, se convierten en algo radicalmente diferenciador y nace una subcultura específica ligada a la enfermedad mental. Evidentemente, puede ser que las pautas de una persona sean incompatibles con las del resto; no se trata aquí de decir que nos encontramos con una elaboración de la locura por las normas. Se trata, antes de seguir empleando tales términos (locura, normalidad), de ver exactamente en qué se diferencian las experiencias que llamamos patológicas de las normales. La creencia de que ambas habitan en mundos distintos es la que produjo que me resultase chocante mi experiencia en aquella fiesta. Todo aquello parecía demasiado normal para que allí hubiese personas enfermas.

4 Erving Goffman (1968: 182) insistió, desde su legendario trabajo «La carrera moral del enfermo mental», en que el comportamiento de los enfermos mentales dependía no sólo de su enfermedad, sino también «de la distancia social que separa al enfermo de aquellos que lo declaran como tal». Las precauciones de su discurso nada tenían que ver con quienes únicamente formulaban la locura en términos de construcción o de fabricación social.

¿Se quiere decir con esto que la enfermedad mental sería una simple desviación y que el loco, como argumentaba Sartre, sólo depende de la mirada del otro (Joseph, 1996: 21)? Cierta crítica de la cultura psiquiátrica, con muy buenas razones, argumenta aún que las clasificaciones nosológicas no pueden zanjar convincentemente la diferencia entre conductas extrañas y enfermedades (Kutchins y Kirk, 1997: 11, 26). El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el famoso DSM, con sus diferentes versiones, establecería categorías discretas para sancionar comportamientos que, en su inserción concreta, no atestiguan ningún comportamiento enajenado. Sólo la lucha por el monopolio profesional de ciertas desazones, espoleada por la creciente industria de tratamiento farmacológico del malestar en la cultura, habría conducido a la psiquiatría a reafirmar el carácter médico de su actividad y a elaborar una panoplia de conceptos cerrados que no resisten el análisis científico. Los mismos, explican Kutchins y Kirk (1997: 35), proponen definiciones vaporosas de los malestares incapaces de definir cuándo, de manera necesaria y suficiente, se está en condiciones de describir un comportamiento como síntoma de una enfermedad mental. Por ejemplo, el DSM, en su intento de validar médicamente su nosología —separándola, por ejemplo, de la etiología social accesible a las ciencias humanas— pretende que, por un lado, la conducta enferma no puede ser una reacción esperable ante una situación determinada: sin embargo, ciertas categorías diagnósticas sí surgen *razonablemente* de ciertos acontecimientos (por ejemplo, el stress-postraumático). Por otro lado, se exige que la condición mental produzca alteraciones, si es que se quiere catalogar como enfermo a quien la padece. Las alteraciones, insisten lacónicamente Kutchins y Kirk, provocadas por la vida cotidiana pueden ser muchas y muy graves: ¿cuáles son las patológicas y cuáles las normales? ¿Las personas que vomitan después de una comida copiosa son bulímicas o sólo si lo hacen sistemáticamente y con una cierta racionalización técnica? La vida normal, claro está, produce abundantes sentimientos de culpabilidad para quien come en exceso. Además, el DSM pretende certificar la enfermedad sólo cuando la alteración es interna al individuo y no una manera de reaccionar normativamente disconforme con su entorno. Pero muchas enfermedades (por ejemplo, las producidas por los accidentes de trabajo) son resultado de configuraciones, por lo demás completamente sociopolíticas, del entorno. ¿Serían una excepción las enfermedades mentales? ¿No quedarían fuera bastantes de las realidades que conocemos como tales —por ejemplo, los trastornos alimentarios—? Por fin, el DSM presume que las enfermedades se identifican con disfunciones del organismo. Pero para ello deberíamos conocer los fines, por así decirlo *naturales*, que persiguen unas determinadas funciones de nuestro equipamiento mental. John R. Searle (1997: 34) explicó que «el *descubrimiento* de una función natural puede tener lugar sólo en el marco de un conjunto de *asignaciones* previas de valor (incluyendo propósitos, teleología y otras funciones)». Además, queda saber si la existencia de unas estabilidades inmodificables del organismo casa bien con nuestro conocimiento científico al respecto. La concepción de unas funciones estables, susceptibles de aislarse de las variaciones que les imprime la experiencia social y psíquica del sujeto, situadas en un punto concreto del organismo (y no en éste como disposición normativa de conjunto), no sometidas a reordenaciones diferenciales según cierta coyuntura vital, revela una concepción antropológica del individuo extremadamente pobre⁵.

Consideraciones de este tipo son justas, pero llevan la ley de la torcedura del bastón demasiado lejos. En primer lugar, la biología, y no digamos las ciencias sociales, hubieran llegado muchísimo menos que lejos si exigiesen de sus conceptos, para que estos tuvieran potencial de captación

5 Véase al respecto la discusión que realiza Merleau-Ponty (1942: 42-43, 168, 222 y 1945: 150-52).

de la realidad, condiciones necesarias y suficientes para delimitar, por ejemplo, funciones, clases sociales o culturas (Passeron, 2006). Los científicos sociales suelen olvidar que amparando (implícitamente) epistemologías muy duras devastan no sólo al «enemigo» disciplinar, también arruinan los fundamentos del propio campo de conocimiento —y con ello sólo queda el recurso a información esquelética del positivismo más chato (tan común en el campo de la enfermedad mental con los inanes estudios estadísticos que se imponen en las revistas «científicas») o la confianza en la inspiración expresiva del ensayismo—. En segundo lugar, que semejante dificultad epistemológica de la psiquiatría no sólo tiene sus raíces en la pereza intelectual o, aún peor, en los intereses profesionales azuzados por otros aún más reprochables de la industria farmacéutica: como explica Merleau-Ponty, los conceptos que describen la insania y la normalidad, si quieren describir algo, recogen experiencias que son comunes a ambas y no absolutamente exclusivas de una y no de otra: en ocasiones, los comportamientos incluidos en el concepto caracterizarán sólo vidas descentradas —Merleau-Ponty (1945: 338) cita el *bovarysimo* o el malestar campesino—; al traspasar un cierto umbral se tendrá derecho a hablar de enfermedad. En tercer lugar, se puede decir, y habrá demagogos para hacerlo, que sólo existen diferencias si pueden delimitarse bien entre conjuntos de propiedades —salud, enfermedad—. En ese mundo en el que todos los gatos son pardos, aunque a veces con ciertas peculiaridades que les hacen sufrir terriblemente y arruinar su vida, siempre puede encontrarse, como decía Goffman (1973: 332), un contexto que volvería justificable el más desquiciado de los comportamientos y una articulación narrativa que podría volverlo lógico. Si se razona así, siempre puede decirse con Goffman que ciertos psiquiatras, con su biologicismo, son incapaces de considerar y describir correctamente los estragos sociales que constituyen la enfermedad mental; pero que bastantes sociólogos no lo hacen mejor: simplemente, amparados, como se acaba de ver, en una mezcla de interesado puritanismo epistémico y relativismo político-moral, se limitan a ignorarlos.

Alteraciones de los campos sensoriales

Uno de los presupuestos básicos de la reunión que estaba contemplando era que las chicas asumían que sólo podían vivir ciertas situaciones con un dispositivo de vigilancia alrededor suyo. Gracias a él, se les toleraba que hiciesen actividades (salir de campamento, asistir a una fiesta) que son absolutamente inocuas para la mayoría de las personas jóvenes. Las madres sentadas con las rodillas juntas y con el rostro relativamente pétreo, la intervención de tres psicólogas —y un monitor— en una celebración que, debido a su presencia, entraba en el registro de la actividad terapéutica, la presencia de unos padres que se ausentaban de la sala sin irse muy lejos, como si tuvieran que estar disponibles ante algún imprevisto, ante alguna de esas actuaciones inesperadas por parte de sus hijas que poco a poco habían interiorizado como una rutina. Mi presencia, también, observando una actividad que en su momento no me decía nada, sino: «Se trata de unas chicas muy arregladas, tres psicólogas, un monitor joven y fibroso respecto al cual todas quieren llamar la atención, cuatro madres sentadas con cara de asistir a un espectáculo indeseado y, por fin, unos padres que se han escabullido a otra habitación. Y yo, que no sabía dónde situarme, sobre todo después de que una madre me dijese: ‘Eres muy joven’».

Las chicas que aceptaban hacer lo que muchas chicas hacen en medio de un dispositivo tan denso, debían estar convencidas de que algo en ellas exigía un control constante. Es decir, que una parte de su experiencia debían gestionarla miradas ajenas. En su tipología moral, Aristóteles (*Ética a Nicómaco*, 1147a) diferenciaba entre aquel que no hace el bien y no siente ningún remordimiento

y aquel que, dominado por sus pasiones, siente profundamente la conciencia desgraciada de la falta. Al primero lo llama intemperante: individuo con un deseo desarreglado y con una conciencia moral anestesiada. Al segundo, lo llama incontinente y de éste se puede esperar todavía una inflexión del carácter. El incontinente conoce cuáles son las reglas pero es incapaz de aplicarlas. Se trata, insiste, de personas que contienen una disposición muy diferente a la de aquel que se entrega a la anomalía sin sentir ningún pudor. El incontinente comprende la regla pero no la controla y es como los actores que repiten un papel sin identificarse con él. Ana, una chica de 19 años tratada por bulimia, expresaba bien esa conciencia desventurada del incontinente cuando reclamaba a su madre lo siguiente: «Mamá, vigíame. No me dejes comer eso porque voy a vomitar. Si me pones eso para comer, voy a engordar y voy a vomitar». Las chicas se encontraban en una fase de su comportamiento que cuadraba con el retrato aristotélico del incontinente. Quizá, antes, hubiesen quedado incluidas en el intemperante; quizá, como Ana, tuvieron desde muy pronto la doble conciencia de no poder controlar una parte de sí mismas.

La trama histórica de esa escena comprende los acontecimientos siguientes que pueden haberse sucedido en un orden diverso. Una actuación —por parte de las chicas— que había puesto en funcionamiento un dispositivo de vigilancia sobre su comportamiento. Ese dispositivo de vigilancia activó un proceso de modificación de dicho comportamiento de carácter terapéutico. Dicha empresa terapéutica tuvo un cierto éxito: consiguió que las chicas se comprendieran al margen de la norma y que aceptaran que era necesario un trabajo para volver a la misma.

La escena, por tanto, condensa una historia colectiva. Historia de actividades realizadas y de si las mismas llegaron a ser insoportables para sus protagonistas y cuánto; historia, también, de los criterios normativos que evaluaron dichas actividades; una historia de un proyecto de reforma en el que colaboraron al unísono profanos y profesionales y que acabaron produciendo una configuración profesional y una configuración familiar concentradas sobre una actividad y sobre su reforma; historia de las personas que iniciaron la actividad y que se encontraban en un momento aún sensible de su proyecto de reforma, pues reconocían las reglas pero necesitaban una organización colectiva (compuesta de padres, monitores, psicólogos...) nada despreciable para poder comenzar a materializarlas.

¿Pero qué naturaleza tenían dichas actividades? ¿Por qué unas chicas que *ya* no presentaban ninguno de los rasgos visibles de los trastornos alimentarios (emaciación, delgadez extrema...), es decir, aquellos que yo esperaba encontrar despertaban un cuidado tan grande sobre sus interacciones? Ciertamente, porque su comportamiento pasado permitía sospechar acerca de su criterio para dirigir su conducta presente y futura. ¿En qué resultó desquiciante dicho comportamiento? ¿Lo fue sólo para ellas o también para quienes les rodeaban? ¿Qué rasgos tuvieron los estragos que, con Goffman, encontramos como fundamento de la enfermedad mental?

Los sujetos, señala Merleau-Ponty (1945: 468), se articulan en diversos campos de experiencia. Entre ellos, se produce una articulación que nunca realiza sin dificultades, según sus palabras, «un cogito tácito». Tácito porque no es accesible a elucidación completa por nuestra conciencia reflexiva: existen regiones del mismo que siempre permanecen en una negrura más o menos espesa. Tácito también (y más adelante explicaré la importancia de esta dimensión) porque la articulación nunca es completa: entre los diferentes campos de la experiencia sensorial existen ligaduras pero no una integración perfecta, o, por decirlo de otro modo, dicha integración es cuestión de niveles. Una visión del mundo, vivida más o menos confusamente, articula los campos diversos de experiencia haciéndolos más o menos divergentes, dotándoles de un sentido compartido de menor o de mayor intensidad. De la composición de conjunto de esos campos, explica Merleau-Ponty, nace

la experiencia particular del mundo. Ésta incluye tanto un componente idiosincrásico como un componente intersubjetivo.

Pero de esa implicación de campos sólo se tiene una experiencia parcial. Cada uno de ellos depende de un *a priori* material: éste no articula los objetos por medio de funciones universales que les daría a todos una misma definición lógica y los situaría en un punto determinado del espacio físico. Los *a priori* materiales son múltiples y organizan nuestra experiencia, según explicaba Husserl, en «regiones discontinuas» (Merleau-Ponty, 1942: 186). Ningún horizonte bien definido las integra a todas; pero sin duda existe un horizonte implícito, y por tanto, imposible de definir con trazos de conciencia clara y distinta, de un mundo propio como «campo de todos los campos» sensoriales (Merleau-Ponty, 1945: 408)⁶. Múltiples formas de conciencia se convierten en posibles: desde las más convenientes al mundo de la objetividad científica hasta las que lindan peligrosamente con los vínculos más salvajes de nuestra fusión primitiva con el mundo.

Si se desea comprender una escena como la expuesta, habría, al menos, dos preguntas que hacerse para sacar provecho científico de la filosofía de Merleau-Ponty. Tales campos sensoriales configuran, como mostré antes, un «comercio cotidiano» concreto con los demás. En ese comercio concreto, se instituye un vínculo social que garantiza y confirma nuestras percepciones y nuestros juicios, que permite formas compartidas de comprensión de la realidad⁷. El sujeto es «un campo intersubjetivo, no a pesar de mi cuerpo y de mi situación histórica sino en tanto que es este cuerpo y esta situación y todo el resto a través de ellos» (Merleau-Ponty, 1945: 516). La primera pregunta es: ¿qué sucedió en los campos sensoriales compartidos por las personas que accedían a la fiesta? ¿En cuál o en cuáles de ellos se produjo la discordancia que abocó a considerar enferma a la persona? La segunda pregunta interpela por el sentido presente de esa escena: ¿qué tipo de reforma de los campos compartidos se produce para conseguir volver a soldar el vínculo conjunto? ¿Qué remodelación exige del campo perceptivo de cada uno de los sujetos, o, por decirlo fuera de la lengua de Merleau-Ponty, del conjunto de actividades cotidianas de percepción y juicio con las que habitan su realidad? La enfermedad mental, explicaba Goffman (1973: 350-341), consiste en que las definiciones prácticas, en forma de actos, que los individuos dan de sí mismos son insoportables por los otros, o sólo lo son al precio de la destrucción de aquellos con los que comparten un terreno común. La violación de ese terreno común comprende, en los trastornos alimentarios, técnicas del cuerpo (ayuno, deporte, usos de la ropa...) que trastocan la cultura somática de las personas con las que se comparte una dimensión de la vida (dimensión familiar, de clase, de cultura de las clases de edad...)⁸. Como diversos espacios

6 El sector aferente del sistema nervioso, precisa Merleau-Ponty (1942: 48) en su discusión de la teoría del reflejo, debiera considerarse «como un campo de fuerzas que expresan simultáneamente el estado intraorgánico y la influencia de agentes externos; estas fuerzas tienden a equilibrarse según ciertos modos de distribución privilegiados y obtienen de las partes móviles del cuerpo los movimientos propios a ese efecto». Evidentemente, esta posición contrasta con la idea, compartida tanto por científicos sociales como por los defensores de una etiología biológica del comportamiento, de que la biología y la cultura se excluyen mutuamente. Para una crítica de esta postura véase el clásico libro de Barrett (1998: 231-232). Sobre los condicionantes institucionales y profesionales de las epistemologías del organismo en lo que respecta a los trastornos alimentarios, véase la descripción — inspirada en parte en Barrett — de Moreno Pestaña (2006a: 62-65).

7 «Cuando yo comprendo una cosa, por ejemplo un cuadro, no realizo una síntesis [reflexiva: añado yo], sino que me anticipo a ella con mis campos sensoriales, mi campo perceptivo y finalmente con una tónica de todo el ser posible, un montaje general respecto al mundo» (Merleau-Ponty, 1945: 492).

8 Sobre las dimensiones de género y clase en los trastornos alimentarios véase Moreno Pestaña (2005: 121-145 y 2006b: 69-95).

sociales contienen variados modos de sensibilidad corporal y umbrales diferentes de definición de la desviación, sólo un estudio de los contextos culturales en los que se desarrollaron tales chicas —desde que violaron unas pautas comunes, hasta que hicieron saltar ciertas alarmas y hasta que fueron reconducidas, con más o menos fortuna por una terapia— puede ofrecernos un perfil realista de las cuestiones planteadas.

Habitus rutinizados, contextos invadidos por contextos ajenos

La violación del tejido sensorial que compartimos es una de las dimensiones de lo que llamamos enfermedad, pero dista de ser la única. Existe, en toda enfermedad, también en la mental, una experiencia vital específica por parte del sujeto al que se considera enfermo. Además, al menos en mi trabajo de campo, incluso aquellos sujetos que consideraban que sus actividades no denotaban patología alguna, recuerdan que las mismas les produjeron costes psíquicos y físicos muy importantes. Que entre su experiencia y la denominada normal no exista una distancia absoluta no quiere decir, evidentemente, que las diferencias de grado no revistan una peculiaridad más o menos grande.

Las diferentes modulaciones de la experiencia que llamamos enfermedad mental no sabrían resumirse en un exclusivo modelo de descripción fenomenológica⁹. Sin embargo, las descripciones de ciertas patologías que realiza Merleau-Ponty ayudan sobremedida a interrogar rasgos de la experiencia de las personas con trastornos alimentarios.

Cuando padecemos una mutilación o una deficiencia, no sólo resentimos la falta de un componente anatómico de nuestro cuerpo —si tal fuera la disfunción—. También la de una forma de vida de la que ese componente era un elemento fundamental. La experiencia del brazo fantasma —el sujeto sigue actuando como si lo poseyese, aunque lo ha perdido— indica la nostalgia ante un campo práctico que dicho miembro posibilitaba. Los individuos, en nuestras relaciones con el mundo, adquirimos ciertos hábitos que coordinan nuestro cuerpo y nuestro medio. Existe un vínculo dialéctico entre nuestras *aptitudes* y nuestro *entorno*¹⁰; ambos configuran una estructura integrada: funcionan como polos de una relación y no como realidades separadas y autosuficientes que entran en comunicación. El miembro fantasma testimonia cómo el «cuerpo» de los hábitos puede desorientar el mundo actual. Las dialécticas de integración pretéritas del cuerpo con el mundo —y para las que ya no estamos «objetivamente», por así decirlo, preparados— obsesionan la dinámica del «cuerpo» real. Seguimos, así, enrolados con una experiencia que nos resulta imposible materializar. Un tiempo inauténtico, en el que «un antiguo presente [...] no se decide a convertirse en pasado» (Merleau-Ponty, 1945: 115).

He aquí un ejemplo práctico de lo que señalé al referirme a la ontología de la enfermedad: la estructura temporal del ser humano se encuentra amenazada de perpetuo desquicie por un pasado que puede no marcharse y por un futuro que nos deglute la vida con sus insinuaciones más o menos

9 Evidentemente, la complejidad de los comportamientos que llamamos enfermedad mental no pueden entrar en un único modelo. Este texto, sin embargo, pretende dar pautas de análisis, susceptibles de declinarse para más comportamientos que los que denominamos «trastornos alimentarios», de aquellas actividades en la que la ruptura con la realidad compartida nos permite razonablemente dudar de si estamos ante una apuesta original, pero inasimilable por el entorno, del sujeto al que se le llama enfermo o ante una patología necesitada de abordaje médico.

10 Dos términos que Merleau-Ponty (1942: 174) prefiere a los de *estímulo* y *organismo*, que presentan la vinculación del cuerpo con el mundo como el resultado de entidades separadas y externas la una a la otra.

claras o más o menos parpadeantes¹¹. Esas últimas insinuaciones comparecen cuando nuestro cuerpo real ve dibujarse en él un cuerpo virtual, fruto de una experiencia más o menos ocasional del mundo. Se perfila con el cuerpo virtual, un «sistema de acciones posibles» (Merleau-Ponty, 1945: 297), un conjunto de tareas y un entorno en el que las mismas podrían desarrollarse de manera integrada. Lo cual, dada la distancia entre el cuerpo virtual y el real, puede resultar más o menos difícil en la realidad efectiva del sujeto. Siguiendo un experimento recogido por Wertheimer, una persona ve oblicuamente la habitación en la que se encuentra por medio de un espejo que la inclina 45° en relación a la vertical. Después de unos momentos de confusión, el actor experimenta la habitación de modo vertical. Un cuerpo virtual se ha dibujado sobre el cuerpo real y lo ha desplazado «hasta tal punto que el sujeto ya no siente el mundo donde está efectivamente, y en lugar de sus piernas y sus brazos verdaderos, siente las piernas y los brazos que habría que tener para andar y actuar en la habitación reflejada: habita el espectáculo» (Merleau-Ponty, 1945: 298). Éste ha atrapado su cuerpo; su cuerpo desarrolla a través de dicho espectáculo una nueva actitud frente al mundo.

Existe otra dimensión subrayada por Merleau-Ponty y que debemos recuperar. Los seres humanos se desenvuelven en distintos campos sensoriales y la articulación entre los mismos nunca es perfecta. El «cogito tácito», la conciencia del sujeto, los religa, pero no siempre, ni muchísimo menos, de una manera cabal. A la colonización del contexto del sujeto por su pasado o por su futuro, podría sumarse una invasión, por así decirlo, lateral. Las prácticas que se desarrollan en una región de la experiencia comienzan a introducirse en otra donde resultan insoportables: quizá para el propio sujeto, seguro que para aquellos con los comparte la vida. Un mundo lateral empieza a crecer hasta someter imperativamente a otros con los que hasta entonces convivía sin pretender imponerles sus normas. Una chica que contabilice la comida para controlar su corpulencia según las normas, por ejemplo, de su grupo de iguales no resulta demasiado agobiante para quienes comparten la mesa con ella al mediodía. Si comienza a llevar esa actividad de contabilidad hasta pretender disciplinar a su grupo familiar resulta más molesta; cuando dicha contabilidad se eleva por encima de cualquiera de las exigencias (educativas, laborales) de sus entornos habituales, a las cuales deja de poder responder por encima de un cierto umbral, obliga, sea a que esos entornos cambien radicalmente y se adapten a su vigor calórico (y a su relación, puede ser, de contable precísísimo con los alimentos y el ejercicio) o a que los mismos empiecen a enviarle mensajes, implícitos y explícitos, de que está enferma.

Cada una de dichas experiencias (invasiones del pasado, del futuro, laterales) pueden ser ocasionales, pero también pueden, como en el caso del miembro fantasma, convertirse en asidero virtual para una nueva fe perceptiva, es decir, para una reordenación radical del sistema de expectativas con el que nos enfrentamos a la realidad: las normas laterales, las expectativas y aptitudes virtuales, los campos prácticos del pasado, se imponen sobre las aptitudes necesarias para sobrevivir en el medio real. Las acciones a las que dan lugar, en sí mismas, no tienen nada de pernicioso; sólo necesitarían un entorno espacio-temporal que permitiera desarrollarlas. Ni más ni menos: la capacidad para gobernar el tiempo o para moverse a discreción por el espacio social no quedan dentro de las posibilidades humanas. Goffman (1973: 340) analizaba los estragos espacio-temporales al

11 Evidentemente, dicha estructura no es indiferente a las realidades sociales. En una nota a pie de página, Merleau-Ponty (1945: 105) recoge una afirmación de Lhermite según la cual la ilusión respecto de los miembros amputados «es más frecuente en las personas cultivadas».

retratar los delirios de grandeza que alienan a los individuos de su medio. El enfermo mental es incapaz de vivir en el lugar que los demás, aquellos con los que comparte un mundo real, le asignan, haciéndose una idea de sí mismo que los demás no pueden admitir (Goffman, 1973: 332). Y ello, explica Goffman (1973: 360) apoyándose en la descripción de la actividad maniaca, porque se mete a) donde no le llaman, b) donde sólo se puede entrar con un estatuto que no posee y c) porque lo hace sin respetar los rituales necesarios para ser admitido en una posición. Esto es, porque viola las pautas espacio-temporales que permiten la previsión de la existencia compartida.

Esas pautas espacio temporales compartidas configuran los hábitos comunes. Gracias a ellos, coordinamos nuestra actuación sin necesidad de reflexión explícita, guiándonos por el sentido que los contextos despiertan en nosotros. Tales estereotipias, que no están demasiado lejos de las del demente, «que no tiene en cuenta los detalles porque no los percibe» (Merleau-Ponty, 1942: 107), permiten la elaboración de entorno habitable, entorno adaptado a, y productor de, ciertos hábitos. Cuando alguien introduce pautas de un contexto en otro contexto, se produce una situación doble; los hábitos nuevos comienzan a volver inhabitable el territorio, hasta entonces, compartido. En segundo lugar, se produce una especie de colonización de las normas de un contexto por las de otro contexto. Ciertamente, en la vida social, múltiples normas de un territorio son puestas en cuestión y las divisiones entre los territorios están sometidas a negociaciones y reformulaciones constantes. Solemos llamar enfermo a aquel que obstinadamente introduce idénticas cuestiones sea cual sea la situación, cuya existencia se articula en una «escolástica» permanente (Merleau-Ponty, 1945: 202): su vida parece gobernada por un único medio (Merleau-Ponty, 1942: 219), por un exclusivo conjunto de pautas de comportamiento, enhebrada a la consecución de un único fin. Deja de estructurarse según los hábitos compartidos, para orientarse fundamentalmente según otros: los de un entorno perecido, los de otro que resulta admisible sólo dentro de ciertas áreas del presente plural de una persona o los de uno en el que podría virtualmente participar, pero en el que de hecho, los que le rodean, no participan. El compromiso con la situación común se desvanece (Merleau-Ponty, 1945: 194) y el sujeto demanda un auditor «utópico», interlocutores que están completamente ausentes de su radio de acción cotidiano, quizá en ninguna parte (Joseph, 1996: 30, 33). La locura, como arguyó Goffman, se instala en el lugar.

Bibliografía

- Aristóteles (1981): *Ética a Nicómaco*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.
- Barrett, R. (1998): *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo.
- Estroff, S. (1988): *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo.
- Goffman, E. (1968): *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux*, París, Minuit.
- (1973): «La folie dans la place», in *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, París, Minuit.
- (1997): «On cooling the mark out: some aspects of adaptation to failure», in Lemert, C. y A. Branaman, *The Goffman Reader*, Malden-Oxford, Carlton, Blackwell.
- Joseph, I. (1996): «Intermittence et réciprocité», *Raisons pratiques*, n° 8, 1996 [n° especial «La folie dans la place. Pathologies de l'interaction»].
- Kutchins, H. y S. A. Kirk (1997): *Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*, Nueva York, Free Press.

- Merleau-Ponty, M. (1942): *La structure du comportement*, París, PUF.
- (1945): *Phénoménologie de la perception*, París, Gallimard.
- Moreno Pestaña, J. L. (2005): «Jerarquías corporales, discursos científicos y construcción de identidad en los trastornos alimentarios», *Nadie sabe lo que puede un cuerpo*, Madrid, Talasa.
- (2006a): «De la excepcionalidad a la cronificación dulce», *Política y sociedad*, Vol. 43, nº 3, pp. 57-71.
- (2006b): «Un cas de déviance en milieu populaire. les seuils d'entrée dans les troubles alimentaires», *Cahiers d'économie et sociologie rurales*, nº 79, pp. 69-95.
- Passeron, J.-C. (2006): *Le raisonnement sociologique. Un espace non poppérien de l'argumentation*, París, Albin-Michel.
- Searle, J. R (1997): *La construcción de la realidad social*, Barcelona, Paidós.