

El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: un balance

Psychiatric Power and the Sociology of Mental Illness

José Luis Moreno Pestaña

Universidad de Cádiz

RESUMEN

En este artículo se analiza la visión de Foucault sobre la enfermedad mental en dos de sus cursos de los años 70: *El poder psiquiátrico* y *Los anormales*. Durante el análisis se compara a Foucault con Erving Goffman y se establecen los límites y las virtudes del filósofo francés. Finalmente se propone, inspirándose en Ian Hacking, un modelo para la sociología de la enfermedad mental.

PALABRAS CLAVE: Michel Foucault; Erving Goffman, sociología de la enfermedad mental

ABSTRACT

This paper analyses Foucault's view on mental illness in two of his lectures of the 1970s: *Psychiatric Power* and *Abnormal*. It also compares Foucault with Erving Goffman and establishes the limits and virtues of the French philosopher. Finally it is proposed, inspired by Ian Hacking, a model for the sociology of mental illness.

KEY WORDS: Michel Foucault; Erving Goffman; Sociology of Mental Illness

LA DESAPARICIÓN DE LA DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL: EL EJEMPLO DEL TRABAJO

El gobierno británico esperó a 1990 para ocuparse de la relación entre trabajo y salud mental. Tal y como señalan Carl Walker y Ben Fincham (2011: 4) fue en el contexto de una celebración de los aspectos positivos del trabajo. Los autores, sin embargo, se equivocan cuando consideran, en la misma página, que la relación entre trabajo y salud mental nunca fue demasiado explorada. Pero, al menos en el caso de la sociología de la enfermedad mental, la afirmación no es absurda¹. Por ejemplo, un manual reconocido de sociología de los trastornos mentales como el de William C. Cockerham (en su quinta edición del año 2000), no consagra apartado alguno al vínculo entre trabajo y desórdenes mentales. El trabajo aparece, pero sin merecer atención específica, como uno de los elementos que condicionan el estrés en las clases bajas. La vinculación del estrés con la genética, así como la tendencia de los enfermos a descender socialmente, explican la fuerte presencia de la esquizofrenia entre los más modestos (Cockerham 2000: 152-153).

La situación difiere si se consulta el libro de Roger Bastide (1965: 136-137) publicado treinta y cinco años antes que la edición citada. En su quinto capítulo², Bastide admite que la vinculación científica entre el trabajo y la enfermedad mental resultaba reciente pero importante. Entre los precedentes cita los trabajos del filósofo y psiquiatra alemán Karl Jaspers o del español Emilio Mira quien propuso, en 1937, una vinculación estrecha entre grupos profesionales y supuestas enfermedades mentales: así, por ejemplo, los peluqueros destacaban por sus tendencias homosexuales inconscientes y los policías por los delirios de persecución. Mira no sabía concluir si las personalidades iban al oficio, o éste producía las personalidades. Otros trabajos (el de A. Marie, por ejemplo, de 1909) se habían consagrado al particular siempre en un contexto administrativo bien delimitado: las mutuas de accidentes de trabajo estaban interesadas en saber cuántos enfermos producía cada profesión. Esa primera fase se concentraba en comprender cómo se vinculaban profesiones con enfermedades mentales (a través, en buena medida, de monografías sobre cada una de ellas) pero pronto se reveló insuficiente: un análisis de tasas de morbilidad entre profesiones introdujo las grandes variaciones estadísticas en el centro de la argumentación. Esa segunda

¹ En Francia, por ejemplo, la obra de Christophe Dejours o de Yves Schwartz falsea esa afirmación.

² Titulado “Psiquiatría de la sociedad global: profesiones y clases sociales en la sociedad industrial”.

fase fue sucedida por otra, ya la tercera, donde la atención se concentraba en los vínculos entre las clases en la industria y las enfermedades: desde la neurosis de los directores de empresa hasta las generadas en el desempleo pasando por los estudios de Elton Mayo sobre la satisfacción en el trabajo.

Ya fuera estableciendo correlaciones, ya fuera interpretándolas, ya fuera concentrándose en profesiones o en clases sociales, semejantes investigaciones tomaban como evidentes las categorías psiquiátricas –otro tanto cabe afirmar de la perspectiva que adopta William C. Cockerham–. La discusión se producía acerca de las variables sociológicas relevantes (¿es el ingreso o es el prestigio de la ocupación?, ¿qué esquema de estratificación social resulta más predictivo de morbilidad?). Los sociólogos trabajaban asumiendo lo bien fundado de los diagnósticos psiquiátricos. Bastide (1965: 149) coloca la mayor dificultad, para la sociología de la enfermedad mental, en los obstáculos que presentan, para su tratamiento estadístico, los dossiers psiquiátricos. Ya sea porque las informaciones recogidas no son las pertinentes, ya porque los psiquiatras se niegan a permitir que los sociólogos husmeen en su parcela: la vigilancia de fronteras, a la que me referí en la introducción, viene de lejos. Por supuesto, existía otro tipo de relato teórico, entre el psicoanálisis y el marxismo (representado por Karen Horney y Erich Fromm), y al que Bastide se refiere: la sociología empírica de las enfermedades mentales no recogería mucho de él. Mientras, el marco teórico de los primeros estudios sobre trabajo y enfermedad mental, fue profundamente conmovido. La psiquiatría podía sesgar la perspectiva pero, en cualquier caso, se trataba de colaborar con ella. Entre los sociólogos aún gozaba de crédito epistemológico cuando se estudiaba la enfermedad mental: de hecho, sin ella, poco podía hacerse.

Desde los años 50, y dentro de lo que conviene en llamarse Segunda Escuela de Chicago, Everett C. Hughes (2009: 306-307, Chapoulie, 2001: 235-236) insufla en sus estudiantes una enorme distancia crítica respecto de cómo las profesiones se presentan a sí mismas. Esas representaciones, además, las asumen fácilmente los investigadores que las estudian, siempre dispuestos a dejarse seducir por las profesiones más respetables y a distanciarse de las menos. Era una ruptura enorme en un espacio epistemológico marcado por la admiración de Talcott Parsons por la medicina. Siguiendo ese espíritu, Howard S. Becker en 1963, realizó una crítica epistemológica contundente a los estudios fundados en correlaciones realizadas a partir de registros administrativos. En dos fases: primero estableciendo las posibilidades lógicas en lo que a la normalidad se refiere. Una persona puede estar o no enferma (Becker hablaba de desviación) y pueden o no percibirla como tal. El enfermo al que se percibe y se trata, ese es el

que se esperaba encontrar en los registros psiquiátricos. Pero, ¿qué sucede con el que estándolo pasa desapercibido? ¿Y con aquel al que se considera enfermo y está sano?³ La sociología, su marco metodológico, otorgaba a la psiquiatría una verdad epistemológica incuestionable; y esa filosofía espontáneamente psiquiátrica no se percibía como tal. La sociología atribuía a la psiquiatría, utilizando un concepto foucaultiano que después introduciré, un enorme poder de realidad: la registraba y lo hacía sin errores. No se le escapaba nadie y no incluía a nadie que no debía. Sin duda, así es como la psiquiatría gustaba de pensarse a sí misma. Como anotará Hugues (Chapoulie 2001: 236) después de leer *Internados* de Goffman, dicha imagen no se compadecía con lo que, efectivamente, sucedía en las instituciones mentales.

Con este primer movimiento crítico, Becker (1985: 43-48) ampliaba el campo de investigación sociológica y lo sacaba del *mainstream* estadístico, quizá para siempre. Los estudios cualitativos en sociología de la enfermedad mental disputaron y disputan la hegemonía a los cuantitativos. Pero con su segundo movimiento, el golpe sería más profundo aún. Los estudios sobre desviación en general se apoyaban en el análisis multivariado y éste presuponía que todos los factores que actúan sobre un fenómeno lo hacen a la vez. También aquí la estadística colaba inadvertidamente una discutible filosofía. La cuestión estribaba en descubrir la variable o la articulación de varias que predicen mejor un fenómeno. Becker los llamaba modelos sincrónicos de desviación. La estadística no permitía comprender qué variable actuaba en cada momento de la enfermedad, si cambiaban o permanecían idénticas o si una de ellas era la condición para la otra: la estadística ignoraba los procesos temporales. Porque la enfermedad mental pasaba por diferentes fases y llegar a la primera o a la segunda no suponía precipitarse, como por un tobogán funesto, a la siguiente. Se imponían, los que Becker denominaba modelos secuenciales de desviación, capaces de tejer la historia de la desviación y de distinguir cuándo y cómo actúa cada variable. Los enfermos mentales, como los abogados, eran fruto de una carrera. Igual que no todo el que culmina los estudios de Derecho acaba ejerciendo, tampoco el que oye voces un día, o muchos, acaba enfermo o lo acaban descubriendo.

³ Howard Becker (2002: 274-275) realizó un análisis del espacio de propiedades gracias al cual se percibían las combinaciones posibles entre dos tipos de variables: el comportamiento desviado o no y la percepción del mismo. El instrumento procedía de Paul Lazarsfeld y este lo utilizaba para comprender las posibilidades lógicas de un determinado tipo de vinculación entre variables.

Con un modelo similar, Erving Goffman escribió su estudio sobre el internamiento de enfermos mentales. Roger Bastide (1965: 242) lo incluiría dentro de una extensa nota donde daba cuenta de referencias de sociología de las instituciones hospitalarias. Bastide llama la atención sobre las microsociedades que se forman en los asilos, con sus propios ritos y su adaptación a los estereotipos dominantes. Bastide recuerda que el sociólogo no se pronuncia sobre el trabajo del psiquiatra: solo él tiene legitimidad para hacerlo. Cuando, en el mismo capítulo cite *Historia de la locura*, la tesis de Foucault, Bastide (1965: 248-249) lo referirá al problema de las determinaciones de la infraestructura sobre las categorías ideológicas y las medidas policiales o judiciales. Ignorará, pese a todo, y resulta muy sintomático, dos ideas presentes en las palabras de Foucault: los conceptos científicos dependen de un conjunto histórico y la locura jamás podemos aprehenderla en su realidad “salvaje”, la psiquiatría nos ofrece algo institucionalmente modificado.

La historia de una biografía y su trastorno mental no es la de un organismo invadido, con ritmos absolutamente previsible, por una especie natural. Ese es el modelo psicológico dominante que, según Walker y Fincham (2011: 30, 68), sigue causando estragos por su cientificismo. Ese cientificismo fue completamente conmovido por la noción de carrera, nacida del estudio de las profesiones y proyectada a las secuencias biográficas. Fue también otra herencia, en la “segunda Escuela de Chicago”, de la influencia de Everett C. Hughes sobre sus discípulos (Chapoulie 2001: 238-239).

En dos de ellos, la innovación metodológica produjo efectos importantes. Tras el texto de Becker y el estudio pionero de Goffman (*Internados*) comenzó un nuevo sesgo en la sociología de la enfermedad mental. Este último recordaba un argumento del psiquiatra Thomas Szasz: a veces calificamos como patológicos comportamientos que, simplemente, repugnan a nuestra mirada sociocéntrica (Goffman 1968: 417). Y es que, las enfermedades mentales resultaban muy difíciles de localizar orgánicamente: Becker (1985: 29-30) insiste en ello refiriéndose también a Szasz. El psiquiatra, entonces, realizaba consideraciones sobre la personalidad completa del enfermo (Goffman 1968: 411). De ese modo, es el núcleo íntimo del saber psiquiátrico, al menos en sus versiones más científicas, el que se pone en un brete.

La objetivación de la psiquiatría derivó, poco a poco, en una crítica epistemológica masiva. No se estaba obligado a ello. En el camino, la sociología se concentró en una crítica de la institución psiquiátrica y, en general, psicológica: apartada la psiquiatría se fue con ella la enfermedad mental, convertida en una

suerte de categorización ilegítima. Y la torcedura del bastón dejó sin explicar ciertas posibilidades lógicas incluidas en el cuadro de Howard Becker. Pareciera que, de todos los casos previstos por Becker, todos los enfermos mentales fuesen personas sanísimas que soportaban prejuicios, tratadas como enfermos y a veces internadas de manera ilegítima. La exploración de los contextos donde se fraguaban las denominaciones de enfermedad mental fue cada vez menor. Se comprende que, sobre el trabajo y la enfermedad mental, no se escribiese mucho.

En el modelo previsto por Becker, dos de las posibilidades lógicas se declaraban así empíricamente imposibles: la del desviado descubierto y la del desviado al que no se le descubre. La historia de las instituciones mentales producía sanos confundidos con desviados o desviados a los que se les consideraba, por prejuicios, enfermos. La descripción de la enfermedad mental desaparecía: era un simple artilugio psiquiátrico ejercido sobre gentes sanas a las que no se comprende o sobre desviaciones políticas a las que se confunde con patologías. Como mostraré, Goffman se opondrá a esa idea en *Insanity of place*, mas Foucault no será capaz de enfrentarse claramente a la misma⁴. Una de las razones procede del demarcacionismo epistemológico heredado de su contexto de formación y desde el que se dirigían críticas inmisericordes a la psicología -por ejemplo en Politzer y Canguilhem: ese demarcacionismo comparte mucho con la obra de Thomas Szasz. Doy por supuesta esta primera influencia⁵ e intento ver cómo sigue actuando en un curso de la década de los 70, donde el impacto de la sociología de la enfermedad mental de Goffman resultaba ya evidente.

Existe una enorme literatura sobre ciencias humanas y enfermedad mental que exigiría varios volúmenes de análisis cuidadosos, donde deberían figurar muchas investigaciones que no se nombrarán aquí. Cabe, sin embargo, ejemplificar lo dicho (la crítica de la psiquiatría acaba arramblando con la descripción de la enfermedad mental) rescatando algún texto paradigmático -y también sintomático de los puntos oscuros de una sociología exclusivamente crítica de las instituciones mentales-.

¿Cómo lo haré? En este trabajo exploraré, fundamentalmente, la crítica de Foucault a la psiquiatría contenida en el curso del *Collège de France* de 1973-1974 dedicado a *Le pouvoir psychiatrique*⁶. En dicha discusión mantendré un

⁴ Véase al respecto la discusión de este problema en Moreno Pestaña (2010: 98-100).

⁵ Sobre la cual escribí en Moreno Pestaña (2006).

⁶ Haré referencia también al curso del año siguiente, consagrado a *Les anormaux* y que en muchos aspectos supone una continuación. Foucault trabaja sobre la enfermedad entre 1970 y 1976 (Foucault, 1999: 340)

diálogo constante con la tradición representada por Erving Goffman. En primer lugar, compararé la crítica de Foucault con la propuesta por Erving Goffman en *Internados*. En segundo lugar, mostraré cómo la crítica de Foucault se enmarca en un análisis del poder disciplinario. Proseguiré mostrando cómo dicha sociología (aunque Foucault no la considere como tal) se compagina con un modelo epistemológico específico: la diferencia entre ciencias y pseudociencias que, en este caso, se muestra en la diferencia entre la medicina y la psiquiatría. Ese modelo, altamente problemático, conduciría a Foucault a coquetear, será mi cuarta aportación, con la posibilidad de una comprensión completamente científicista de la enfermedad mental. Para terminar propondré recuperar el aspecto sociológico del análisis de Foucault ubicándolo en las coordenadas propuestas por Goffman en “La locura en el lugar”, un texto que rompe con el modelo de *Internados*. En él se plantean preguntas sociológicas difíciles de asimilar en el modelo de Foucault y que permiten recuperar la descripción de qué hacen las personas catalogadas como enfermas.

¿En qué estriba la originalidad de mi acercamiento? Por ejemplo, Ian Hacking (2004: 277: 302) ha explorado la vinculación entre los acercamientos del sociólogo canadiense y el filósofo francés. En su perspectiva, Foucault proporcionaría una inspiración histórica para el análisis de la locura, mientras que Erving Goffman se concentraría en cómo las etiquetas se introducen en las interacciones cotidianas. Tal era, aproximadamente, la versión que proponía Foucault sobre su diferendo con Goffman⁷. Sin ser falsa, propondré otra interpretación: Goffman y Foucault tienen una perspectiva epistemológica divergente sobre la psiquiatría y eso les lleva a embarcarse en un análisis diferente de la enfermedad mental: con más atención a los conflictos contextuales el primero, con una teoría crítica de la función social de los saberes “psy” en el segundo. Releyendo “goffmanianamente” a Foucault, mostraré qué en ambos puede ser útil para la descripción y el análisis de los conflictos a los que llamamos enfermedad mental y en qué puede aplicarse eso productivamente para nosotros.

ENCIERRO Y EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN GOFFMAN Y FOUCAULT

⁷ Véase la visión de Jacques Lagrange (2003: 368-369) en su “Situación del curso” sobre el *Poder psiquiátrico*. ¿Foucault conocía el trabajo de Goffman titulado en francés “La folie dans la place”? Resulta muy raro que un amigo de Robert Castel lo desconociese.

Foucault tratará sobre el encierro de un modo a la vez próximo y distinto al propuesto por Erving Goffman en *Internados* (obra de 1961 y traducida al francés en 1968). Próximo se encuentra Foucault con Goffman, en primer lugar, en su distancia respecto del lenguaje psiquiátrico. Esa distancia, en el sociólogo canadiense, no implica la negación de la realidad de la locura. Goffman (1968: 185-186) señala cómo en la experiencia de los sujetos algo en sí mismos se les escapa, pierden el control sobre ello y se produce una “reevaluación destructiva” de sí mismos. Esa evaluación reposa sobre estereotipos acerca de lo que es un buen ritmo vital o no y, además, tales evaluaciones agravan la ansiedad del individuo. Por lo demás, los individuos más próximos a la cultura psiquiátrica tienden a escrutarse más.

Una vez que se interna a alguien, sin embargo, se confirma y se rubrica, consolidándolo, lo que podría ser un desarreglo íntimo y ocasional. Goffman insiste en la vinculación azarosa entre un diagnóstico psiquiátrico, el encierro y la experiencia de desarreglo de los individuos. Son, en la tradición de la Escuela de Chicago, las “contingencias de carrera” los factores que inciden en el ingreso de alguien. Nunca dice, pese a todo, que la locura no exista. De hecho, su existencia, juega un papel de primer orden en su argumentación. Encontramos los mismos enfermos, incluso más, fuera que dentro de los hospitales⁸. La sociología, por tanto, tiene derecho a estudiar los mecanismos que criban que muchos entren y otros no (Goffman 1968: 189); también, por supuesto, a estudiar qué pasaría si alguien sin enfermedad alguna cayese en un manicomio. Y aquí actúa algo que tiene que ver a la vez con el encierro y con una concepción de la enfermedad: los manicomios y la cultura psiquiátrica que impera en ellos tienden a hacerle interiorizar la condición de enfermo.

¿Cómo sucede eso? En primer lugar, la persona internada pierde sus redes sociales ajenas al hospital, que pasan a ser controladas por los médicos: el ingreso impone la tutela y el individuo se ve “traducido” y “descodificado” por el profesional. En segundo lugar, los psiquiatras no certifican solo una enfermedad, sino que incapacitan completamente a un sujeto. Un loco es alguien que no alberga razón alguna: el diagnóstico se proyecta sobre el conjunto de su existencia. Lo cual produce dos efectos: desposee al individuo de cualquier racionalidad y, muy importante, resaltan los aspectos más patológicos de su existencia. Goffman no dice que esa patología sea falsa: dice que, si miramos con cuidado, todos podemos detectarnos experiencias biográficas poco gloriosas. El diagnóstico psiquiátrico

⁸ Lleva razón Isaac Joseph (2007: 104) cuando señala que Goffman describe escasamente los síntomas de la enfermedad mental.

establece un abismo entre enfermedad y razón. La realidad, por el contrario, insiste Goffman (1968: 218) con buen criterio, nos muestra que las diferencias entre síntomas de enfermedad y errores o fracasos cotidianos, es cuestión de grado.

Foucault (1994: 38) reconoce la calidad del trabajo de Goffman, pero propone otro acercamiento. La perspectiva de Goffman, demasiado etnográfica, aísla el encierro de los marcos de dominación más generales. Hemos constatado que no es del todo cierto. Goffman insiste en los factores sociales que condicionan la enfermedad: así, las contingencias de carrera o los umbrales de sensibilidad, diferentes según los entornos sociales, hacia los desarreglos psíquicos.⁹ Ciertamente es que en *Internados*, Goffman desarrolla poco tales apuntes.

Foucault explora el encierro de los enfermos mentales en dos obras. En la primera de ellas, su tesis doctoral, lo estudia en el siglo XVII. Dicho encierro no lo exploraré aquí, me centraré, como anunciaba, en el análisis propuesto en el curso comenzado en 1973. Baste decir que el encierro del XVII mezcló a los locos con otros marginados dentro de una categoría heterogénea de excluidos y que dicho encierro no estaba dirigido por presupuestos médicos. La razón expulsaba y encerraba a la sinrazón y la consideraba el resultado de un desorden moral. Más tarde, ya en el siglo XIX, la medicina positivista comenzará a distinguir enfermos mentales dentro de los excluidos¹⁰.

El acercamiento histórico de Foucault otorga al encierro de locos, y a la propia concepción de la locura, un espesor histórico ausente en Goffman. Los asilos del siglo XIX, en los que se concentra Foucault, surgieron dentro de un proceso general de extensión de las disciplinas. Éstas fueron formándose durante el Medievo y, poco a poco, desde los márgenes de la sociedad burguesa (en monasterios, en centros de enseñanza, en la administración de las colonias)

⁹ Sobre qué es y no normal en cada medio, los efectos de la cultura psiquiátrica en los individuos, el grado en que el sujeto disculpa sus errores. Becker (1985: 32) insistió en que cada sociedad conoce sistemas de normas variados y no siempre coherentes entre sí.

¹⁰ Foucault (1967: 183) no niega que en el XVII y el XVIII se percibiese a la locura también como enfermedad. Señala que, la conciencia dominante, la concibe como desorden. Una y otra conciencia se yuxtaponen. Existe un evidente dominio de la locura como algo que castigar y que corregir. La terapia existe, aunque la mirada médica no es hegemónica y convive con otras que no la tienen en cuenta. Para una perspectiva crítica véase Quétel (2009: 89-98)

fueron extendiéndose hasta organizar los ejércitos regulares y la articulación espacial de los centros urbanos. Las disciplinas comienzan a estructurar las escuelas, los centros de trabajo y el poder psiquiátrico en los asilos. (Volveré más adelante sobre este punto, relacionado con la de la impugnación epistemológica de la psiquiatría.)

Me centraré ahora en qué significa la experiencia de la locura. Goffman hablaba de alteraciones de los individuos, situadas cada una de ellas en contextos sociales específicos (más o menos conocimiento de la cultura psiquiátrica, personas cercanas dispuestas o no a denunciarte como loco), lo cual amplificaba o reducía los efectos de las mismas. Foucault propone otra definición de la experiencia del enfermo mental. Como Goffman se sale del lenguaje de la psiquiatría, sin por ello reducir a la nada la experiencia de la enfermedad.

Las disciplinas, explica Foucault (2003: 73), actúan sobre singularidades somáticas. ¿Qué entender por estas? Foucault no se refiere a un sujeto, esto es, a un agente socializado, sino a un cuerpo sometido a los envites de dispositivos de poder: posteriormente, ese cuerpo podrá o no adquirir una identidad estable, pero Foucault pretende captarlo previamente a que ésta se configure o no. Resulta importante señalar que el individuo tiene una dotación somática y que, por tanto, no es un mero terminal de la construcción social: si ésta se ejerce, lo hace sobre algo. El movimiento analítico de Foucault, situándose más acá de las identidades fijadas, resulta absolutamente legítimo y próximo al de Goffman. Éste, al hablar de la enfermedad, recuerda cómo cualquiera de nosotros comparte experiencias de desarreglo con aquellos que consideramos enfermos: que se establezca ese desarreglo en una identidad es el resultado de un proceso, de unos azares, de unos agentes (los próximos, los psiquiatras...) que se conviertan en nuestro mundo de referencia y nos laceren la identidad de un disminuido. Las disciplinas, nos señala Foucault, trabajan sobre todos nosotros y acaban distribuyéndonos: a unos en lugares de privilegio, a otros en las zonas menos memorables del mundo social. Porque con la generalización de los dispositivos disciplinarios (trabajo, escuela, ejército) avanzan también las anomalías, las singularidades que desentonan respecto de las normas establecidas: son singularidades somáticas inasumibles por la organización social existente. Esas anomalías, cuando son incorregibles, se envían a la familia –institución no disciplinaria, sino fundada en el poder de un padre homólogo del soberano, del monarca–. La familia juega un papel de vinculación entre todos los sistemas disciplinarios y, cuando estos fallan, solicitan su apoyo. Si la familia tampoco puede con la singularidad anómala, estamos, define Foucault (2003: 81-86), ante síntomas de enfermedad mental. Cuando alguien se convierte en un residuo inasimilable por todos los sistemas

disciplinarios, sin que la familia sea capaz de reciclarlo, se llama a un personaje de la nebulosa psiquiátrica.

La definición podría abrir una línea de investigación: describir cuidadosamente en qué son inasimilables, lo cual supondría estudiar cómo las “singularidades somáticas” interactúan con sistemas específicos de prácticas y normas y en qué momento reciben la cualificación de “indisciplinables”. Obtendríamos, así, una descripción de los espacios sociales en los que se fraguan los “inutilizables” por los sistemas disciplinarios. Foucault (2003: 98) apunta algo al respecto: dentro de la familia, los locos producían estragos (“ravages”) imposibles de soportar. ¿Producía estragos en el trabajo y debido a qué? ¿Qué de la trayectoria del sujeto y qué de las exigencias laborales producían subjetividades inasimilables?

Foucault no se explaya, lamentablemente, en semejantes descripciones. Idéntica noción, la de estrago (traducida también en francés como “ravage”), la propuso Goffman en 1969 (la traducción francesa es de 1973), en un texto en el cual se quejaba de la incapacidad de la sociología para describir qué hacía insufribles, en un entorno determinado, el comportamiento de los denominados enfermos mentales. Tristemente, decía Goffman (1973: 332), ni lo hacen los psiquiatras (obsesionados con pensar la enfermedad según el modelo biológico y asimilarla sin más a la enfermedad física), ni lo hacen los sociólogos: estos continúan pensando la enfermedad en términos de designación, es decir, como un problema exclusivo de las normas que rechazan al sujeto y no de la descripción, también, de aquellas que éste viola y que resultan fundamentales a quienes se encuentran junto a él. Lo importante es que el enfermo no pide disculpas por su comportamiento (lo que sí hace un enfermo físico impedido por algo...) y exige unos interlocutores que no se encuentran presentes, o con unas características que estos no poseen: por lo tanto pueden hacer poco, o nada, para interactuar con él, al menos en los términos que reclama. Goffman insiste: no son las designaciones las que constituyen la locura: son ciertas exigencias del considerado como enfermo que, en determinados contextos (y estos no pueden transformarse a voluntad), resultan inasumibles.

Foucault tiene delante, porque trabaja con un corpus importante de literatura clínica, descripciones de la enfermedad mental. Alterna dos lecturas: a menudo, no otorga el mínimo crédito a sus fuentes mientras que, en otros momentos, propone una lectura más compleja y menos burlona. Véase un ejemplo de lo primero. En el curso sobre *Los anormales*, nos presenta el caso de un agricultor que sentía el deseo irresistible de matar a su madre y luego a su cuñada. Por lo demás, se comportaba con toda normalidad. El caso lo recoge del psiquiatra

Baillarger¹¹ y, mientras lo narra, Foucault utiliza toda su ironía: el desgraciado se había enrolado en el ejército “lo que le evitaba al menos matar a su madre”, la narración en su conjunto es demasiado hermosa para ser verdad y entra dentro de la “santidad psiquiátrica” (Foucault 1999: 133, 134): y es que Baillarger situaría en el centro de la psiquiatría los actos involuntarios. El caso, parece, le venía que ni pintado.

En tales ocasiones, Foucault pone en práctica, sin señalarlo con claridad, dos procedimientos retóricos. El primero, acaba de verse, objetiva por la distancia irónica la narración, evitando plantearse con toda franqueza lo siguiente: ¿qué nombre damos a una persona que, sin poder hacer nada, se siente atenzada por el deseo de matar a alguien? Foucault parece decirnos que se trata de prototipos contruidos por sus narradores. El segundo procedimiento retórico consiste en retraducir dentro de su sistema teórico las descripciones psiquiátricas. Así, la intervención ante las inconveniencias detectadas por un vecino no se aborda en el sentido en el que lo haría Goffman: normas en conflicto en un espacio compartido, sin que uno de los agentes pueda recular, disculparse o actuar de otra manera. Cuando llaman al psiquiatra, este comienza a actuar de “manera subordinada a otras instancias de control” que se convierten (la familia, el correccional y los vecinos) en elementos disciplinarios (Foucault 1999: 139). Traduciendo las descripciones en su propio teatro teórico, Foucault parece decirnos (pero no lo dice jamás con claridad): la psiquiatría interviene con los residuos de las disciplinas porque solo ellas, las disciplinas, explican que uno designe como loco a un niño violento y que maltrata de manera sistemática a todo el mundo (si es que uno cree en el relato). Puede ser también que Foucault prefiera (o simplemente constate otras posibilidades: un registro moral de los acontecimientos (se trata de personas malas)¹² o político (son desviados en sentido análogo que un militante de los *Black Panthers*). El relato parece sugerir también que pueden ser desviados políticos. Sin duda Foucault sabe que no se trata de militantes de los *Panteras negras* pero, dado que los vecinos asustados (y la madre y la cuñada...) son elementos de un campo disciplinario y todo, la posibilidad flota en el texto.

¹¹ Lo presenta en el curso del 12 de febrero de 1975. Baillarger, del que procede el nombre de “principio de Baillarger” radica las alucinaciones en actos involuntarios de las facultades.

¹² O la cosa, dirá en el caso que podemos ver enseguida, puede quedarse en un par de bofetadas en lugar de convertirlo en un problema psiquiátrico (Foucault, 1999: 279).

Por un lado, Foucault no cree ya sea en la veracidad de los psiquiatras -parece insinuarlo- ya sea en la existencia en la locura. Y aquí abro una pequeña reflexión: de seguir a Paul Veyne (1995: 198), si ese fuera el caso, habría razones para dudar de su propia sinceridad: confesaba a Passeron que los locos existían y eran “aburridos y peligrosos”. Foucault sería un ejemplo de lo que el propio Veyne (1983: 122-123) teorizó como balcanización de los cerebros: en función de los contextos ejercitamos creencias diferentes y lógicamente incompatibles. En tanto individuo Foucault creería en la locura, como miembro de la tribu de los filósofos críticos desconfiaba: a) ya sea de la descripción de los psiquiatras -como se verá enseguida, cuando son incapaces de lograr bases orgánicas de sus diagnósticos b) ya sea de la locura en sí. Puede, además, que no crea en sus relatos (que no son verdaderos protocolos científicos) y además parece señalar que cualquier acontecimiento (maltratar a los demás, querer matar, sin saber la razón, a alguien) es susceptible de una lectura moral y política.

Esa es una primera versión de su perspectiva. Pero no todas las descripciones, en absoluto, son de semejante tenor. La incluida en el curso del 19 de marzo de 1975, a propósito del “affaire Charles Jouy” propone una descripción menos sarcástica y empíricamente más informativa: también más densa sociológicamente (Foucault 1999: 275-284). Charles Jouy fue un personaje marginal al que se le acusó de violación. En primer lugar, Foucault sabe captar el desafío que Jouy proponía a los psiquiatras obligados a emplearse a fondo en el estudio del caso. El acto de Jouy podía haber sido disculpado pero sirvió para promover una nueva norma psiquiátrica: ya no se perseguirá el delirio para diagnosticar enfermedad mental, sino estructuras globales de personalidad en las que puede surgir la anomalía. Jouy es un retrasado y ese retraso le induce a ser peligroso. (Pero este punto también puede destacarse en la lectura sobre Baillarger y por lo tanto no marca la diferencia) En segundo lugar, y este aspecto es muy relevante, Foucault insiste en cómo las normas de detección de la desviación resultaban, en el entorno, conflictivas. Por un lado, como reconocen los propios psiquiatras, las acciones de Jouy no desentonaban con la sexualidad de una determinada clase de edad. Por otro, la psiquiatrización no vino solo desde el aparato profesional: la propia familia reclamó su intervención. Las familias populares, desde finales del XVII, fueron encuadradas en un dispositivo de vigilancia moral e higiénica de la familia, con especial atención en evitar la promiscuidad sexual¹³. En tercer lugar, Foucault detecta una inquietud y una

¹³ A la vez se recomendaba a las familias de clase alta una atención enorme a la sexualidad infantil para controlar una sexualidad incipiente e incestuosa, para gestionar la cual requerían apoyo médico. El proceso, más general, nació en una

fascinación alrededor de una sexualidad que hasta entonces, y que aún permanecía en otros sectores, se consideraba parte normal de los juegos infantiles en el mundo rural. Para terminar, en cuarto lugar, Foucault identifica qué permitía al infortunado Jouy realizar cuanto hacía: su propio carácter marginal, disponible para los trabajos más penosos, también lo volvía disponible para los juegos de iniciación sexuales -que Jouy pagó a las niñas quienes se fueron tan contentas a comprar almendras (Foucault 1999: 278).

LA CRÍTICA EPISTEMOLÓGICA DE LA PSIQUIATRÍA

Foucault acaba concediéndole un peso central a la línea rechazada por Goffman: su principal objetivo estriba en analizar cómo se designa, y se trata, la locura. Semejante estrategia tiene sentido si y solo si pensamos que allí se juega lo fundamental y no en los estragos en cada situación (y por tanto variables según los contextos: Foucault nos lo enseña en el caso de Charles Jouy) producidos por lo que llamamos enfermedad mental. Efectivamente, la psiquiatría, según Foucault, es la clave para comprender la locura. Simple y llanamente porque es una pseudociencia¹⁴. Tanto cuando encierra a los enfermos como cuando actúa en medio abierto, cuando busca el delirio (como en la época de Esquirol) como cuando persigue anomalías referidas a estados orgánicos.

La filosofía de Foucault también parte de un presupuesto (aunque en ciertas descripciones lo contempla): olvida los estragos (¿son cualquier tipo de estragos? ¿Estragos simplemente ideológicos?¹⁵) y céntrate en las designaciones, en los que

medicalización de las exigencias cristianas posttridentinas de gestión de la confesión -respecto de la que se requería información y la subsiguiente vigilancia sobre cada uno de los movimientos de la carne (Foucault 1999: 197-257).

¹⁴ En el curso sobre *Los anormales*, dictado el año siguiente del *Poder psiquiátrico*, Foucault (1999: 12) se referirá a discursos “extraños a todas las reglas, incluso las más elementales, de formación del discurso científico [...]. Textos grotescos [...] Llamo “grotesco” al hecho, para un individuo o un discurso, de detentar por estatuto efectos de poder de los que su cualidad intrínseca debía privarle”.

¹⁵ Goffman (1973: 330) se lo pregunta y la respuesta es negativa: una cosa son las inconveniencias causadas por los jipis, la nueva izquierda o los militantes negros y otras las causadas por los enfermos mentales. Goffman da un conjunto de rasgos de éstas. Evidentemente cada una de tales propiedades pueden identificarse en acciones que no son consideradas síntoma de enfermedad mental: todas juntas proponen un marco en el cual resulta difícil no pensar en ella: 1) la interacción no puede ser reconstituida de otro modo y el ofensor realiza pocos esfuerzos por reconocer su ofensa y “neutralizarla ritualmente” 2) las personas no pueden retirarse de la

tratan y en cómo tratan. Por ejemplo: no intentes comprender las posesiones de endemoniadas como si fueran enfermedades mentales. Con esa perspectiva les adscribes la visión de los psiquiatras cuando, en realidad, las endemoniadas son un efecto de los mecanismos de confesión puestos en práctica tras el Concilio de Trento: el cuerpo recorrido por la voluptuosidad pecaminosa generó, por un lado, confesiones prolijas entre las elites y, en la escala más baja de la Iglesia, religiosas humildes poseídas por el demonio (Foucault 1999: 199-200). Goffman (1973: 330) estaría de acuerdo: no bastan los hechos: estos deben incluirse dentro de la “imagería de la enfermedad mental” y las bofetadas sustituirse por un diagnóstico, lo moral por un problema psiquiátrico. Aunque no siempre (vale repetirlo) la ironía denigra insidiosamente el informe psiquiátrico, con el marco dominante en Foucault hablar de la enfermedad mental supone, sobre todo, hablar de la imagería psiquiátrica –que coloniza desviaciones morales, políticas... y nada más–. Esa filosofía tiene sus costes y sus problemas. Porque detrás de la crítica a la psiquiatría se oculta una concepción, procedente de Thomas Szasz, acerca de la diferencia entre enfermedades mentales y enfermedades orgánicas.

Veámoslo manteniendo siempre el diálogo, que sirve de contraste, con Goffman. La psiquiatría se presume un saber científico. Para lo cual, nos recuerda Foucault, trabaja en dos frentes. Por un lado, aún en el periodo alienista (a principios del XIX), e imitando la práctica médica, se dedica a clasificar las enfermedades. Por el otro, a partir del descubrimiento de la parálisis general, investiga las bases orgánicas de la enfermedad. Mas una cosa es la teoría psiquiátrica y otra la actividad de los profesionales guiada a menudo, muy a menudo, por la normalización pura y simple. Desde el siglo XIX, además, los psiquiatras acaban con todo diálogo con los enfermos. Buscan imponer a los enfermos la realidad, de la que los psiquiatras se consideran representantes. Por consiguiente niegan cualquier valor a la perspectiva del enfermo.

En dos puntos coinciden aquí Goffman (el de *Internados*) y Foucault: la incapacitación del enfermo (volveré enseguida sobre ello) y la conversión de la historia completa del individuo en un signo de su enfermedad. Crítica sociológica y crítica epistemológica se articulaban en Goffman (1968: 421-429). Así, nos

interacción 3) las normas inconvenientes son de tipo expresivo y presentan una concepción particular de uno mismo: son normas cotidianas, que se encuentran en el centro de nuestros rituales 4) con la excepción de la locura de grupo, se trata de ofensas individuales 5) el individuo no puede no actuar de esa manera, algo que los disidentes pueden hacer cuando lo deseen.

recuerda la diferencia entre la conciencia epistemológica de los empleados de un hospital mental y su práctica. Estos pueden admitir que las clasificaciones de enfermedades son poco precisas pero, sin embargo, actúan como si toda la naturaleza del ingresado fuera expresión de su enfermedad. La proyección *ad hoc* de cualquier rasgo patógeno a toda la historia del paciente permite descalificar cualquier impugnación del funcionamiento del hospital y de la terapia¹⁶. En “Insanity in place” Goffman (1973: 332) se cuida mucho, sin embargo, de olvidar las raíces contextuales de la enfermedad mental: no se puede reducir la enfermedad a una esencia ahistórica (como hacen bastantes psiquiatras) pero tampoco a su etiqueta. Los síntomas mentales ponen en relación acciones con un contexto: las personas de dicho contexto ni pueden consentirlas ni pueden influenciar a la persona para que modifique sus pretensiones.

Todo eso lo hemos visto. Y aunque esta exigencia descriptiva se encontraba presente en Foucault, la crítica epistemológica de la psiquiatría acaba tomando un papel preponderante en la arquitectura de conjunto de la argumentación del filósofo francés. El encierro psiquiátrico, así, carece de regulación terapéutica alguna, pese a que se recubre con una ideología científicista. Desde el encierro del siglo XVII (el encierro de la denominada “época clásica”) el tratamiento de los locos no avanzó científicamente, pese a que en el XIX la psiquiatría lo monopolizó –no se trataba ya del encierro represivo de la época anterior-. Tal contiene la clave de la crítica de Foucault al encierro: las prácticas disciplinarias no conllevaron ningún avance epistemológico, solo la imposición de normas sociales encubiertas bajo la ciencia.

Porque Foucault sabe que el poder no excluye el saber, el auténtico, el verdadero. A veces constituye su condición de posibilidad. La observación y el control de los enfermos, recordemos, pueden suponer el empleo de disciplinas, pero también el desarrollo de una auténtica ciencia. Fue el caso de la especialidad del padre de Foucault, la cirugía, que también en el siglo XIX consiguió convertirse en una auténtica ciencia inspirada en la anatomía patológica. Esta representa el extremo opuesto a la psiquiatría¹⁷. Según Foucault (2003: 185):

¹⁶ En la vivencia de la locura, como mostró Sue Estroff (1998: 317), la tesis de una diferencia negativa absoluta entre el enfermo y el sano ayuda a consolidar la sensación de locura en los afectados. La enfermedad, insiste la socióloga, no elimina la capacidad de gobernarse con eficacia en ciertas áreas de la experiencia.

¹⁷ Recuerdo lo que expliqué al respecto en Moreno Pestaña (2011: 39): en su obra *Nacimiento de la clínica*, Foucault identifica la anatomía patológica con la auténtica ciencia, mientras que la psiquiatría se disuelve en filosofía e ideología. La primera,

A partir de un contenido efectivo de saber, se trataba de localizar en el cuerpo del enfermo una cierta realidad de la enfermedad y de utilizar sus propias manos, su propio cuerpo, para anular el mal. En el otro extremo de este campo, encuentran ustedes el polo psiquiátrico, que juega de un modo completamente diferente; se trata, en ese caso, a partir de marcas de saber – pero no del contenido del saber–, en las que se cualifica al personaje médico, de hacer funcionar el espacio del asilo como un cuerpo que cura por su propia presencia, sus propios gestos, su propia voluntad y, a través de ese cuerpo, dar un suplemento de poder [a la realidad]¹⁸.

El asilo o el encierro no son lo básico para comprender el maltrato a la locura. Lo básico estriba en que el psiquiatra impone las normas sociales ocultándose tras una (supuesta) ciencia. Porque, efectivamente, entre 1840 y 1860 comenzará a extender su poder fuera del asilo. Actuará en otras instituciones disciplinarias, con un régimen de encierro menos duro (escuela o fábrica) o equivalente (ejército y prisiones). Y cada vez que una de estas instituciones se enfrenta a un problema de legitimidad y, por tanto, se enfrenta a una rebelión, la psiquiatría o, más bien lo que llama Foucault “funciones psy” (psicología, psicoanálisis...) acuden para confirmar lo que hacen esas instituciones, para legitimar los patrones de conducta impugnados. Dando un salto en el tiempo, la moderna teoría del estrés, al menos en su aplicación neoliberal, no hace otra cosa, de creer la descripción de Walker y Fincham (2011: 43-49): los disturbios mentales en el trabajo, proceden de una incapacidad de gestión del balance vida-trabajo. Se ignoran así las formas de sujeción y de sumisión en la empresa, con su enorme coste subjetivo, o la extensión enorme del horario de trabajo gracias a la utilización empresarial de las tecnologías. El discurso sobre la vinculación entre vida y trabajo, tiende a eliminar la realidad laboral de los contextos en los que eligen, como si todo derivase de su impericia para gestionar el trabajo (Walker y Fincham, 2011: 160). Foucault realiza un retrato con potencias heurísticas también en nuestro presente.

Pero, insisto, Foucault coloca en primer lugar la baja calidad científica de las “ciencias de la psique”. Después ya puede analizarlas como parte de un

que concuerda con el oficio paterno, queda salvada: la segunda será constantemente descalificada como ciencia por la inquisición filosófica del hijo.

¹⁸ Una comparación entre la anatomía patológica y la psiquiatría, con idéntico sentido, se encuentra en Foucault (1999: 226-227).

dispositivo disciplinario: de lo contrario la crítica no se sostendría. Al respecto es muy instructiva la comparación entre un hospital real y uno psiquiátrico (Foucault 2003: 247-275). El espacio hospitalario se organiza de forma “inquisitorial”, permitiendo observar a los ingresados y realizando la autopsia de cadáveres. Acompañando dicha organización, la estadística permite prospectar las enfermedades y actuar, gracias a los dispositivos de observación, sobre las poblaciones. Así, los médicos pudieron especificar las enfermedades, señalar cuáles eran, desligar unas de otras.

La psiquiatría, por el contrario, aun teniendo la misma organización hospitalaria, fue incapaz de caracterizar las enfermedades y su etiología: en su caso las disciplinas resultaron epistemológicamente improductivas. El trabajo del psiquiatra consiste en decir si un individuo está loco o no. Su diagnóstico sirve exclusivamente para constatar la normalidad del afectado. Efectivamente, el hospital normal sirve para localizar las enfermedades y, en la medida de lo posible, suprimirlas. En cambio, el hospital psiquiátrico no conoce diferencias, se apoya en un diagnóstico absoluto: primero se designa al individuo como enfermo para luego buscar anárquicamente, en un interrogatorio psiquiátrico, los antecedentes. Dado que la psicología carece de la calidad de la anatomía patológica, se persiguen anomalías y se enhebran a estas con los rasgos de los miembros de la familia. En lugar de un organismo en el que se designan las lesiones, la psiquiatría nos propone un cuerpo, aduce Foucault con humor, metaorgánico, el de la familia del enfermo en su conjunto¹⁹. De ese modo, imita a la medicina, pero sin encontrar una lesión patológica. En lugar de ésta, y dentro de un conjunto de anomalías familiares, se busca un acontecimiento que desencadena la locura. En ese momento, el enfermo y el médico firman un contrato tácito: si aquel acepta situar sus acontecimientos vitales como síntoma de enfermedad, éste le libera de cualquier responsabilidad.

La medicina clínica y la psiquiatría se desarrollan en un hospital disciplinario. Con él, la primera construyó un saber real que permite el diagnóstico diferencial mientras que la segunda solo alcanza a establecer un diagnóstico absoluto. Una vez establecido configura un relato de la enfermedad que imita a la medicina, pero que solo produce un *analogon* de la misma.

Cabe cuestionarse si dicha separación depende de un paradigma de enfermedad recogido de la anatomía patológica. De ese modo, Foucault continúa, sin asumirlo claramente, la vía crítica abierta por el psiquiatra norteamericano Thomas Szasz

¹⁹ En *Los anormales* hablará de una metasomatización (Foucault, 1999: 295).

(Quétel 2009: 510)²⁰. En un sonado trabajo de 1961, éste consideraba que, al margen de las enfermedades orgánicas, sólo quedan mitos. La psiquiatría sería una falsa ciencia porque no es capaz, en lo que respecta a las enfermedades mentales, de establecer una etiología orgánica. Foucault, sin reconocerlo (insisto), recoge la crítica de Szasz y donde el norteamericano distingue entre enfermedades verdaderas y falsas, nuestro filósofo separa disciplinas con diagnóstico diferencial (anatomía patológica) y disciplinas con “diagnóstico absoluto y ausencia de cuerpo”²¹ (Foucault 2003: 269): la psiquiatría antes de la llegada de la neurología. Pero ambos parten de un mismo modelo: si no encontramos referencias orgánicas claras, los diagnósticos médicos ofertan construcciones sin fundamento científico susceptibles de una denuncia ideológica –caso de Szasz– o de un análisis en términos de crítica de los mecanismos disciplinarios (caso de Foucault).

EL ENIGMA DE LA NEUROLOGÍA Y LAS APORÍAS DEL CIENTIFICISMO DE FOUCAULT

Por lo cual, la neurología se convierte en un test fundamental para el modelo de Foucault. El juicio de Foucault tiene dos versiones: en la más dura es tan falsa ciencia como la psicología de principios del XIX, en la menos dura es complejo y poco concluyente. Foucault parece considerar que las enfermedades neurológicas incluyen un estudio de la voluntad de los individuos, sin el cual no puede designarse si el sujeto sufre de una lesión o ejerce una resistencia. El caso de la histeria muestra que, buscando lesiones orgánicas, Charcot produjo una situación donde se encontró con la sexualidad de las internas. Dado que la versión más dura es del curso posterior –y la menos dura del anterior–, puede concluirse que la segunda posición parece la definitiva.

Porque, ¿y si avanza la medicina mental, y si acontece algo similar a la anatomía patológica en el campo de la psicología? Los avances neurológicos, ¿lo permiten? La neurología, concede Foucault, revolucionó nuestra concepción de la enfermedad mental. Y es que la verdadera diferencia no estribaba entre enfermedades del cuerpo y de la mente, de lo somático o de la psique, sino entre enfermedades sobre las que cabe un diagnóstico diferencial y aquellas que únicamente pueden formularse con un diagnóstico absoluto. Las “ciencias psi”

²⁰ La cual estaba muy presente también en la obra de Becker y Goffman: sucede que estos (sobre todo el canadiense) no toman la crítica epistemológica como el centro de su trabajo, algo que hace Foucault.

²¹ En el sentido de ausencia de correlato orgánico de las clasificaciones.

caían en las segundas: sólo podían decir si alguien se encontraba enfermo, nunca especificar la etiología o delimitar un tipo de enfermedad. Entre ambas, reconoce Foucault, se encontraban enfermedades que combinaban (caso de la parálisis general), lesiones encefálicas y delirios o demencia. Y otras, caso de las neurosis, donde la etiología se ignoraba y, por tanto, solo cabían diagnósticos científicamente vaporosos. Y debido a ello, tales enfermedades resultaban fáciles de simular. Con la neurología, ciertas convulsiones pueden ser localizadas anatómicamente.

¿Considera Foucault que la “ciencias psi” se vuelven serias si apelan a las neurociencias? Creo que Foucault (2003: 299-323) no responde claramente a ese problema en el curso de 1973-1974: propone allí la versión menos contundente sobre la calidad de la neurología. Por un lado, considera que la neurología localiza los signos de la enfermedad de manera menos convincente, lo cual conlleva una epistemología menos sólida. La anatomía patológica establecía una respuesta casi mecánica, en su “ínfimo detalle”, entre la lesión del organismo y su efecto. En el caso de la neurología, las lesiones producen disfunciones de conjunto que afectan, de modo sinérgico, de conjunto, a las correlaciones entre partes del organismo, sin capacidad de precisar “en un punto dado” (Foucault 2003: 303). Por tanto, parece decirnos (insisto en que Foucault no es muy claro) que la capacidad de localización de los males resulta, en la neurología, menos precisa (Foucault 2003: 300-301). Así, precisión contra respuesta de conjunto oponen la neurología a la anatomía patológica. Primera diferencia: el buen lugar sigue ocupándolo la anatomopatología.

La segunda caracterización crítica de la neurología (siempre en la versión menos dura de Foucault) resulta incluso más enigmática y tiene que ver con la presencia de la voluntad en los exámenes anatomopatológicos y neurológicos. Para localizarse una enfermedad en la anatomía patológica, se necesitaba escasa cooperación de un sujeto: con órdenes precisas y fáciles de cumplir (respire, túbese, tosa...), el médico sabía situar la lesión (Foucault 1999: 304). La neurología exige mayor cooperación para poder distinguir entre, por ejemplo, un automatismo reflejo y un comportamiento voluntario: debe contarse con la voluntad del sujeto para diferenciar entre un afásico y alguien que se niega a hablar. El dispositivo neurológico implica controlar la voluntad del sujeto y, por tanto, requiere pautas de dominación mayores y una presencia del poder disciplinario: estamos en el terreno del “interrogatorio” no en las inocuas (políticamente hablando) técnicas de examen de la clínica (Foucault 1999: 304-306). Foucault analiza el caso de la histeria, en el cual Charcot trató de encontrar las raíces neurológicas de su enfermedad, mientras que las “enfermas” le

devuelven sus cuitas sexuales. La histeria es una “folie à deux”²²: la pretensión neurológica pretendía ver si los traumas eran reales o fingidos, las histéricas le endosaron a los médicos su sexualidad. Por tanto, la neurología llega al diagnóstico diferencial siempre que se imponga a los sujetos con los que experimenta, de los que saca sus conclusiones. En las condiciones iniciales de la experimentación se cuela, de matute, un dispositivo disciplinario que produce efectos inadvertidos. Puede uno preguntarse lo mismo que antes, cuando hablamos de la conversión de los vecinos asustados (y las madres, y las cuñadas...) en elementos de un campo disciplinario: ¿no lleva Foucault demasiado lejos su retórica? ¿En todos los casos un examen clínico, cuando exige cooperación, es un dispositivo disciplinario? ¿Hasta dónde compromete el saber que se obtiene de él?

En un sentido, Foucault lleva razón y abre una pista fundamental para el análisis sociológico y antropológico. Joan Jacobs Brumberg (1988: 165-170) recuerda cómo se realizaba la terapia en el siglo XIX, en el momento en que la anorexia fue aislada por un diagnóstico diferencial. Un médico, con presencia de la madre de la joven afectada, intentaba perseguir rasgos orgánicos de la enfermedad. El diálogo se entablaba con la mediación de la madre. La escena médica reproducía el orden social (un hombre de clase alta y especialista lo representaba) y los roles familiares (con la joven sometida a la vigilancia materna). Extraña poco que los informes clínicos, con honrosas excepciones, tuvieran poco de la experiencia de la diagnosticada. En el tratamiento, cuando intervenían otras figuras terapéuticas (así, las enfermeras), la información cambiaba. En esas escenas, la información era diferente y las afectadas, a menudo, comentaban que sus madres las impulsaban a adelgazar.

En un marco social diferente, la clave política (o, más bien, sociológica) de la lectura de la escena terapéutica sigue siendo relevante. La ordenación de las trayectorias en los trastornos alimentarios, ya a finales del siglo pasado y comienzos de este, dependía de los recursos culturales y económicos de la persona afectada, del tiempo que llevaba en tratamiento y de si se encontraba o no unificado el espacio terapéutico. Conforme las personas avanzaban en el ciclo de vida y adquirían más competencias psicológicas, eran capaces de negociar su propia versión del problema ante un campo terapéutico poco disciplinario y sometido a conflicto entre profesiones (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales) y relatos acerca de la enfermedad. Normalmente, los relatos

²² Una “folie à deux”, una “locura entre dos” resulta de la interacción entre los médicos y los pacientes –lo cual no excluye que estos puedan encontrarse también enfermos (Hacking 1998a: 18)–.

profesionales de la enfermedad ignoran ese espacio complejo de luchas y tienden a presentarlo como simple constatación de un trastorno por un especialista confrontado a mayores o menores resistencias (Moreno Pestaña 2010: 253-284). Foucault, asumiendo o no su macrosociología del poder disciplinario, sigue constituyendo una preciosa inspiración para la investigación.

Ahora bien, la perspectiva contenida en *El poder psiquiátrico* envejece peor en otros planos: precisamente en aquellos en que tiene una visión más científicista de la enfermedad ¿Considera Foucault que, al ser más compleja, la neurología es epistemológicamente menos obvia que la anatomía patológica? De ser así, defendería una concepción mecanicista del organismo, según la cual debería conocerse el cerebro humano de una manera atomista, delimitando un órgano y adscribiéndole a éste un efecto específico, casi mecánico. De lo contrario, todo queda lastrado (¿hasta dónde?: Foucault no nos dice nada, parece que en el conjunto) por los efectos del poder disciplinario, por cómo el médico condiciona la respuesta del enfermo. Evidentemente, como señaló Merleau-Ponty (1945: 102-103), la fisiología moderna no considera que cada cualidad pertenezca a un órgano particular: tampoco cree que cada dato sea registrado por uno solo de nuestros sentidos²³. Cuando se lesiona un centro o un conductor fisiológico no se pierde una sensación y subsiste otra, no se anula una cualidad y permanece otra: la función entera se hace menos precisa. Las lesiones del sistema nervioso, por ejemplo, no eliminan unos colores u otros sino que van volviendo imposible la diferenciación. Las lesiones deterioran conjuntos y no centros localizados en nuestro sistema nervioso que registrarían las cualidades una a una y exclusivamente. Las cualidades sensibles, las determinaciones espaciales de la percepción, no son efectos de una variable respecto a un sector del organismo: son también de un modo específico de éste de dirigirse a la variable. El cerebro organiza los estímulos, desde el principio, y les da una cierta forma al modo en que éstos afectan al organismo. Nuestro esquema corporal otorga una cierta forma a los estímulos: no es el resultado de entidades aisladas, separadas, *partes extra partes*, que actúan las unas sobre las otras. La neurología estudia efectos de conjunto, y a no ser que Foucault defiende una concepción insostenible del cerebro, no puede ser de otra manera.

²³ Habría que aclarar que Merleau-Ponty cree en el trabajo científico y aprende de él aunque desconfía de las conclusiones que se sacan del mismo. Es una posición bastante diferente a la de Foucault: este podría decirnos que esa fisiología nacía de dispositivos similares al de la convulsión.

Pero existe una versión dura: donde queda claro que la neurología es política, violencia encarnada en el organismo humano. En *Los anormales* dedica unas páginas extraordinariamente apretadas donde la crítica resulta mucho más clara y donde desaparece toda la dialéctica entre el diagnóstico diferencial y absoluto. La psiquiatría, inspirada en la biología, más que de enfermedad mental habla de estados permanentes del sujeto, de estructuras funcionales mal integradas, de retrasos en el crecimiento que generan anomalías. La neuropsiquiatría comienza en 1844-1845 y durará hasta la fecha (Foucault 1999: 266). Fundada en la búsqueda de correlaciones orgánicas, inspirada en la herencia, propone un “laxismo causal” donde todo puede dar lugar a todo y proceder de todo: es “ultraliberal”, nos dice, en el establecimiento de causalidades (Foucault 1999: 296). Con esas determinaciones vagas, las anomalías provocan enfermedades con etiologías fantásticas. Los efectos serán dos: la adquisición de un poder enorme para la psiquiatría (capaz de integrar cualquier anomalía en su argumentación brumosa) y la tendencia a la naturalización de la desigualdad, esto es, la capacidad de sugerir un racismo de las capacidades, las competencias, etc., que ya no es idéntico al racismo étnico. Dado que el aparato judicial plantea a la psiquiatría si el individuo puede curarse o es peligroso, incluso en la actualidad, señala Foucault, no hace sino reactivar la teoría de la degeneración del siglo XIX. No creemos en la degeneración ya, pero sus problemas, el del individuo incurable y peligroso, siguen estando entre nosotros, con otros nombres, a través de “bloques erráticos” que proceden de su teoría (Foucault 1999: 300). La metáfora es perfecta cuando se ve como se reanudan, incluso en las neurociencias, las ideas de individuos incurables o inmejorables: tras los scanner sofisticados se injertan los bloques erráticos de las mismas ideas que inspiraban a Cesare Lombroso para mensurar cráneos anarquistas.

TRES PROBLEMAS FILOSÓFICOS DEL CIENTIFICISMO

Con lo cual, pueden detectarse en Foucault tres cuestiones filosóficas. La primera, que las enfermedades neurológicas se encuentran relacionadas con problemas clave: qué es la responsabilidad o la volición, por ejemplo. La cuestión se plantea cada vez que consideramos que la enfermedad exonera o no a alguien de su crimen o le quita la responsabilidad por su anorexia. En ese caso, nos encontraríamos con alguien que se desvía de las normas sin pretenderlo y por tanto necesita cura y no represión. Es un verdadero enfermo porque, como explicó Talcott Parsons (1999: 411), no es responsable de su desviación de las normas. Pero la irresponsabilidad se encuentra condicionada. En *Los anormales*

se señala que las enfermedades nerviosas son enfermedades culturales, producidas políticamente: tras las convulsiones, por ejemplo, se encuentra un fenómeno cultural y político. La psiquiatría hereda la pastoral cristiana de la carne (sometida a mil tentaciones y voluptuosidades) y presume de darle tratamiento riguroso: la carne se convertirá en el sistema nervioso. Los sacerdotes se enfrentaban con una epidemia de poseídas y los psiquiatras se las birlaron a la Iglesia (que deseaba quitárselas de encima) convirtiendo a las convulsiones en la clave de la enfermedad (Foucault 1999: 209). Por tanto, un objeto fundamental de la enfermedad mental, la ausencia de control de las propias acciones, tiene un origen político y parece que ese origen continúa: las personas con convulsiones padecen un embrollo cultural que ha configurado su singularidad somática. Exactamente igual que las campesinas religiosas que ejercieron de poseídas para hacerse visibles dentro de la pastoral de la carne –las poseídas, según Foucault (1999: 190-192), fueron el efecto en las clases populares de la pastoral postridentina de vigilancia contante respecto al cuerpo–.

El eje de lo voluntario y lo involuntario sigue siendo estratégico, volviendo al ejemplo, en lo que a los trastornos alimentarios respecta y plantea siempre el problema de la atribución de responsabilidad. Se encontrará un problema similar cuando me refiera a la posibilidad de cambiar el cuerpo y a su tratamiento judicial. Las tendencias, muy comunes, a la romantización de la anorexia se vislumbran en las críticas a la alimentación hospitalaria forzosa. Así, la jurista norteamericana Roberta Dresser (Brumberg 1998: 36-37) defendía el derecho libertario a la resistencia del paciente y condenaba las interferencias en sus decisiones. Es un efecto del discurso de Szasz –pero también de ciertas lecturas de Foucault–: la cuestión es que, concediendo que la enfermedad sea completamente cultural, eso no obsta para que las personas, culturalmente, se hayan metido en un embrollo que les supera y que no pueden controlar. Como se ve, se trata de un problema derivado de la discutida cuestión de si podemos hablar o no de enfermedades sin base orgánica.

El segundo problema filosófico reposa en que las “verdaderas” enfermedades –aquellas con base orgánica o neurológica– conozcan también la influencia de la actividad social. En ese momento, nos las veríamos con *biobucles* o comportamientos del individuo que afectan su dinámica natural. Toda acción humana supone una descripción de la realidad y, en el caso de los enfermos, la descripción elegida (por ejemplo, estar deprimido), y el tratamiento institucional que asume y se le impone, conllevan modificaciones del estado orgánico (Hacking 2001: 204-205). A lo cual se confronta, por ejemplo, la investigación

sobre la esquizofrenia, que incluye perspectivas completamente naturalistas y otras fundadas apoyadas en una etiología psicosocial de la enfermedad.

Cuando hablamos de la enfermedad en general y de la enfermedad mental en particular nos confrontamos con tres tipos de designaciones de acuerdo con Ian Hacking: especies indiferentes, especies interactivas y especies híbridas. Las primeras se refieren a realidades que no cambian con la designación (posición defendida por quienes creen que la genética quita responsabilidad a los enfermos), las segundas sí (por ejemplo, la delincuencia sí produce un efecto en aquellos a los que designa) mientras que las terceras tienen rasgos indiferentes (por ejemplo, el autismo o la esquizofrenia) pero que son afectadas por cómo se clasifican (Faucher 1999: 28-29)²⁴. La vía de Foucault y de Szasz parece apoyar que, de no conectar con una especie indiferente, la enfermedad mental es un mito ideológico²⁵. De lo contrario, como se mostró antes a propósito de las convulsiones, la enfermedad resulta digerible dentro de una sociología de los dispositivos disciplinarios. Semejante posición representa un callejón sin salida absurdo para la sociología de las enfermedades mentales.

Una vez situado el problema de las especies indiferentes, vayamos con las clasificaciones: con éstas entramos de lleno en el carácter siempre situado de cualquier enfermedad mental. Será nuestro tercer problema. La exigencia de

²⁴ Cuando se habla de designación debe precisarse que no se trata de una respuesta a la exclusiva clasificación lingüística. La interacción se produce, nos aclara Hacking (2001: 173), con el conjunto de prácticas y de instituciones que rodean el tratamiento de una enfermedad. La interacción, obvio es decirlo, saca la enfermedad del exclusivo dominio de la ciencia biológica y la abre al análisis psicosocial.

²⁵ Pat Bracken y Philip Thomas (2010) oponen el análisis de Foucault al de Thomas Szasz y consideran que el segundo se apoya en la oposición ciencia/ideología mientras que el autor francés propone un análisis más complejo de las enfermedades mentales. Los autores no recogen la argumentación de Foucault analizada aquí, estrictamente homóloga a las de Szasz pero reformulada, en su caso, en la diferencia entre diagnóstico diferencial (capaces de establecer etiología orgánica) y diagnóstico absoluto (consistente en calibrar si la persona se encontraba enferma o no). Foucault fue un filósofo con una gran inventiva y que desarrolló una enorme cantidad de clasificaciones. Hacking (1998a: 85-86), con humor ácido, explicó que las clasificaciones, normalmente imaginativas e impactantes, duraban un suspiro y no dejaban casi vestigios en la siguiente publicación. Eso hace que cualquiera pueda recoger las diferenciaciones de una parte de su obra y hacerlas valer contra las de otra parte. Y así queda abierto el juego enorme de los intérpretes y las matizaciones escolásticas.

diagnóstico diferencial preciso, de estabilidad en las clasificaciones, supone proponer una estructura epistemológica imposible para la psiquiatría y la psicología. En su obra sobre la personalidad múltiple, el filósofo canadiense recuerda cómo no pueden enunciarse las condiciones necesarias y suficientes de las enfermedades mentales (Hacking 1998b: 42-60). Con estas incluiríamos en las clases de una enfermedad a quienes cumplieran todos los requisitos y quienes lo hicieran quedarían automáticamente dentro. Pero semejante precisión es imposible: las clases de enfermedad reúnen individuos con un “aire de familia”, identificados a partir de conjuntos de síntomas. Existen tipos ejemplares que van enriqueciéndose y modificándose por la experiencia clínica, siempre dependiente de contextos sociales, de valores, de umbrales de sensibilidad sociales: nadie puede eliminarlos para aislar qué es exclusivamente trastorno y qué es un resultado biográfico o social. Tales contextos resultan tan complejos que nadie los puede encuadrar en una serie de variables y comprobar cuáles actúan y cuáles no.

Sucede con las enfermedades como con la clase de los pájaros en la que los gorriones y las águilas no resultan intercambiables. Configuran clases en estrella donde encontramos ejemplos más cercanos o más lejanos del prototipo. La referencia a la experiencia clínica impone, además, combinar definiciones generales con situaciones siempre singulares, parecidas entre sí en ciertos aspectos, pero no en otros. Ni más ni menos les sucede a las ciencias humanas, si seguimos la impresionante obra epistemológica de Jean-Claude Passeron (2012).

Thomas Szasz y Michel Foucault yerran en este punto: la diferencia entre la buena enfermedad corporal, bien designada y diferenciada y la cuestionable enfermedad mental -mal designada, siempre dependiente de contextos donde no se controlan todas las variables- se apoya en perspectivas positivistas muy duras²⁶, como si las primeras estuvieran compuestas por juicios de hecho y no por juicios de valor. Por supuesto existen matices entre ambos. En el caso de Thomas Szasz eso se codifica desde un cientificismo sin complejos y en el de Foucault, heredero de la epistemología francesa de Bachelard y Canguilhem, en una teoría de los umbrales de cientificidad de un saber. Szasz (1961: 113-115) consideraba que el gran problema consistía en la ampliación del concepto de enfermedad, para aplicarlo ilegítimamente a quienes no lo eran. Lo que se llama enfermedad es la violación de ciertas normas sociales, legales y morales: su dominio legítimo es el

²⁶ La grandeza de Foucault, además de su trabajo enorme sobre materiales históricos, es que permanece sin definirse: cuando habla de la psiquiatría alienista señala que “psiquiatrizaba una locura que quizás no era una enfermedad” (Foucault 1999: 292). En esa duda vemos toda la diferencia entre el filósofo y el ideólogo.

de la filosofía práctica y no el de la psiquiatría. Foucault (2003: 345-346) propone otro acercamiento: tras la anatomía patológica o tras la revolución de Pasteur, el médico (el médico “verdadero”) se convierte en gestor de una serie de conocimientos positivos sobre las enfermedades y su desarrollo. Nada de eso ocurre en psiquiatría, donde el personaje médico es fundamental para que el sujeto reconozca su locura y para que ésta, en el hospital (o fuera de él), se muestre con toda su crudeza. La buena ciencia no ha llegado a la psiquiatría y por eso el personaje del psiquiatra resulta central. La ciencia médica correcta había constatado las enfermedades (anatómica o biológicamente) y luego le exigía al médico que aplicase ese saber para curarlas²⁷.

²⁷ Basta abrir un texto informado sobre los debates actuales, para comprender que Szasz y Foucault se colocan entre quienes consideran que, por referirse a valores, la enfermedad mental tiene menos entidad. Así Fulford, Thornton y Graham (2006: 20-74, 125-133 615-622), critican severamente las diferenciaciones estrictas entre enfermedades mentales y orgánicas. Ambas, nos dicen, designan estados donde se reduce nuestra capacidad de acción ordinaria. Esa reducción supone siempre un juicio de valor: la experiencia siempre se evalúa negativamente, tiene una cierta intensidad, no resulta de una obstrucción exterior y no se encuentra bajo mi control. Entre la fractura de un hueso y una alucinación hay una diferencia al juzgar sobre la capacidad de acción: todo el mundo se encuentra de acuerdo en que la incapacidad producida por una fractura es menos discutible que la producida por una alucinación. La clave estriba en que todos los intentos de concebir la enfermedad sin referencia al sujeto que la padece se encuentran condenados al fracaso. Como muestran los autores a lo largo del libro, la antipsiquiatría y el positivismo caminan paradójicamente de la mano. En un libro que inspiró a Foucault, la noción de enfermedad mental tenía acomodo, con una formulación interesante: en determinados atolladeros existenciales, la gente tiene necesidad de que la cuiden y, en esos casos, la tutela se encuentra justificada (Castel 1980: 192-193, 252). La tesis de que existe una imbricación entre la fisiología y la experiencia histórica del individuo y que, por consiguiente, las enfermedades mentales y orgánicas se encuentran ligadas es una clave del pensamiento de Canguilhem (1976: 126-127). La fisiología se ha alterado con la experiencia histórica del trabajo y de ese modo introduce modificaciones, históricamente diferentes, en el pulso o la respiración. El primero se inserta como un ciclo secundario en los ciclos fisiológicos primarios mientras que la segunda se ve afectada por variaciones psíquicas: “El ritmo respiratorio es función de la conciencia de nuestra situación en el mundo”. Y es que “la fisiología se inclinaría hacia la historia y ésta, hágase lo que se haga, no es una ciencia de la naturaleza” (Canguilhem 1976: 155).

En el caso de los trastornos alimentarios (recupero el problema), el problema de la interacción entre el organismo y la cultura resulta esencial. Sin duda existen raíces orgánicas en los trastornos alimentarios (alteración hormonal, en la regulación del hipotálamo, lesión en el sistema límbico del cerebro...). Ahora bien: siempre cabe discutir si no comer o el estrés psíquico dañan, por ejemplo, el hipotálamo o si los comportamientos restrictivos resultan de alteraciones orgánicas. Incluso admitiendo que los trastornos alimentarios tengan un constante componente orgánico, cabe preguntarse ¿por qué su particular comportamiento de clase y cultural? ¿Por qué, fundamentalmente, aparecen en países capitalistas desarrollados? (Brumberg 1998: 25-26).

CONTEXTUALIZAR EL “PODER DE REALIDAD”

En “La locura en el lugar”, Goffman (1973: 358-360) planteó otra perspectiva para acercarse al problema del estatuto de enfermo mental, sin caer en el atolladero de la crítica epistemológica. Tuvo en cuenta, implícitamente, la importante idea de Parsons: un enfermo viola las normas sociales pero lo hace involuntariamente. El problema con el enfermo mental es que viola los rituales sociales y no se disculpa por hacerlo. Llamamos loco a quien, por razones orgánicas y/o morales, viola reiteradamente los hábitos compartidos en los que se apoya la organización social, sin dejar claro que lo siente. Incluso cuando lo hace, nos queda la duda de si no se trata de una falsa disculpa para enfrentarse con las reglas. El enfermo mental impugna nuestras rutinas sin manifestar su acuerdo con el entorno social en el que se desenvuelve. Las personas que se relacionan con él, además, no tienen oportunidad alguna de influenciar la actividad del individuo. Las reglas de pudor, de cortesía, de jerarquía, con las que nos socializamos, quedan puestas en solfa. Por tanto, el individuo comienza a actuar como si sus interlocutores fuesen otros, como si se relacionase con personas que tienen hábitos distintos. Interacciona con quien no debe, como no debe, cuando no debe, utiliza los objetos de manera imprevista y peligrosa.

Goffman (1973: 323-328) propone dos tareas a la sociología: estudiar cómo se interiorizan las reglas y las jerarquías y explorar cuáles son las reglas que se violan en los distintos espacios de interacción. Lo que hace el enfermo mental no es arbitrario en sí: quizá existan contextos donde, con otros hábitos y otros interlocutores, sus acciones sean perfectamente integrables en el decurso cotidiano. El problema es que el entorno que podría aceptar sus comportamientos, no se encuentra disponible para el individuo y quienes lo rodean no pueden organizárselo. Y que en aquel entorno en el que se

desenvuelve, su acción genera estragos enormes (Goffman 1973: 339-342). Un enfermo mental es alguien con quien uno no puede acomodarse, encontrar un marco de reciprocidad que permita compartir ciertos espacios²⁸.

La vía de Goffman podría conectar con una parte del análisis de Foucault sin necesidad de someterse al, en mi opinión, absurdo ataque cientificista a la psiquiatría. Cada entorno, cada grupo social, cada tipo de relación conoce un grupo de ofensas que, llevado a un límite, califican a alguien de loco. Cuando en todos los espacios sociales en los que se desenvuelve, pero también en el familiar, el individuo se vuelve insostenible, y los rechazos se acumulan: “Allí por donde pasa, aparece el desarraigo” (Goffman 1973: 361). El residuo de todos los sistemas disciplinarios, fortalecido por el rechazo de su propia familia: eso es un enfermo mental, nos explicaba Foucault.

No tenemos necesidad de acoger su caracterización de la sociedad moderna como sociedad disciplinaria²⁹. Podemos prestar atención, sin embargo, a su idea de que el psiquiatra impone, con su sola presencia y su manipulación del enfermo, la realidad a éste. Dicha imposición de realidad presentaría como problema exclusivamente médico, conflictos de definición de las normas y de las rutinas compartidas. Podríamos decir, con Robert Castel (1989: 150), que la psiquiatría trata como un simple problema técnico y médico conflictos que son *también* de naturaleza comunitaria y política. Las normas sociales, incorporadas en las disposiciones de los individuos, son aquello que impone el psiquiatra, suponiendo que la locura es una enfermedad como la lepra (Goffman 1973: 322-323). Cuestionar ese poder de realidad exige correlacionar los malestares con la trayectoria del individuo pero también con la organización social en la que se desenvuelve.

Vayamos ahora a explorar ese sobre poder de realidad. ¿Qué significa éste? El médico se siente dueño del mundo, de la lógica de las cosas y considera que el enfermo es un impedido al que tiene que llevar por el camino de la verdad. La terapia se ejerce, primero, destituyendo cualquier sensatez en el enfermo, convirtiendo a éste en un simple epítome de su enfermedad y, después, entronizando al médico, elevándolo al papel de creador del buen camino.

²⁸ Isaac Joseph (1996: 22-23) ha expuesto correctamente el problema: el enfermo mental exige un auditor utópico, que no se encuentra disponible.

²⁹ Él mismo, en 1979-1980, la consideraba inadecuada porque convertía a los individuos en efectos pasivos de los dispositivos de poder-saber (Senellart 2012: 343). Lo dicho: preocupados por los conceptos de Foucault estamos sus exegetas, pero en su súper-yo teórico no se encontraba asentada la coherencia a largo plazo.

Foucault (2003: 343) nos propone una “etnoepistemología” del personaje médico. Cada concepción de la locura conlleva un modelo de relación con ella y, en este, más allá de las justificaciones científicas, podemos distinguir una cierta relación básica con la enfermedad.

Veamos dos modelos dentro de una misma época, la caracterizada por el ascenso de las disciplinas: uno específico del periodo que comienza con el *Gran Encierro* de 1656 y otro del siglo XIX. La diferencia entre ambas es que la psiquiatría monopolizará la locura en el siglo positivista.

Entre los siglos XVII y principios del XIX se utilizaba el teatro para modificar la perspectiva de los enfermos³⁰. Pinel todavía compartía esos modelos. Ante un enfermo que se creía perseguido por los revolucionarios montó un falso proceso, donde se le absolvió y se consiguió que la verdad, manipulando la realidad, se introdujese dentro del delirio y modificase la perspectiva del enfermo. En ese momento, aún se creía que permanecía alguna verdad en lo que dice el loco y que, activándola, haciendo delirar la realidad, podría calmarse la locura.

La teatralidad suponía que el loco estaba en el error, pero que, pese a todo, había que aceptar su perspectiva para poder curarlo. Paradójicamente, la época que excluía a la locura también aceptaba que la perspectiva del loco tenía su propia solidez. Cervantes explotó la idea en el famoso episodio del encierro de Don Quijote y Sancho en el palacio de los Duques³¹. En la segunda parte de libro, los héroes serán acogidos por unos Duques que los llevan a su castillo. Como los Duques leyeron la primera parte de la obra, sabían de los delirios de Don Quijote. Por medio de cómicos y bufones, recrearon la realidad con la que soñaba Don Quijote y, en menor medida, Sancho. También los héroes de Cervantes saldrán relativamente airosos del episodio. Efectivamente, los Duques pretendían burlarse cruelmente de ambos y no pretendían curarlos. Lo interesante es que, en el juego teatral, Don Quijote dirá más de una verdad y Sancho gobernará imaginariamente la ínsula Barataria, demostrando buen juicio y sensatez. Cuando

³⁰ La utilización del teatro para modificar las pasiones se conocía desde la Antigüedad, Aristóteles pregonaba la catarsis para modificar las emociones y Caelius Arelianus defendía la utilización del mimo para mitigar la tristeza. En el siglo XVI el cirujano Ambroise Paré utilizaba la representación para calmar el delirio. Mason Cox y Pinel estaban todavía en ese diálogo terapéutico con la locura. Véase Quérel (2009: 44-45, 226, 362). Foucault (1967: 513-519) había estudiado la curación teatral de la locura en unas apretadas y densísimas páginas de su tesis doctoral.

³¹ Para cuanto sigue sobre Cervantes véase Rodríguez (2003: 327-368).

el episodio termina, Don Quijote sigue estando loco, pero realiza uno de los más impresionantes alegatos de la libertad que recuerda la literatura.

Porque el loco de Cervantes, en medio de la representación, no hace sino llevar al extremo su delirio. Pero ese delirio decía mucho de la razón que lo excluía. Don Quijote vivía en el mundo medieval, poblado de caballeros andantes y de ardides del demonio que confundían el buen juicio. La España del XVII, en plena Contrarreforma, tenía mucho de enorme prisión, dirigida por la nobleza y legitimada por la Iglesia. La locura de Don Quijote era también la locura de quienes se reían de él: la nobleza y su limpieza de sangre, la Iglesia convirtiendo las Sagradas Escrituras en criterio de lectura del mundo y con la que, por tanto, no aceptaba ver nada no contenido en ellas. Don Quijote era alguien que se tomaba al pie de la letra los códigos nobiliarios (en su caso, con los libros de caballerías) y la idea de un mundo en el que intervenía la trascendencia: así, los encantadores que manipulan, como el Maligno para los fanáticos religiosos, todo cuanto en la realidad no se parece a lo previsto en los libros –los libros de caballería para él, la Biblia para la Iglesia–.

Esta pequeña digresión cervantina sirve para apreciar todo lo que cambia entre lo que Foucault llama *Época Clásica* y el positivismo médico del XIX. El médico no acepta juego alguno que establecer con la locura. Dispone de una ciencia médica que le legitima y conoce la realidad de la mente y del mundo. La época clásica veía en la locura una ausencia de razón, resultado de una decisión libre (Foucault 1967: 222)³². El teatro, jugando con esa libertad, pretenderá conducir a la sinrazón a la razón.

¿Qué va a hacer el médico seguro de su conocimiento de la realidad y de que lo que él sabe sobre ella resulta incuestionable? Imponerla. No podía ser de otra manera porque el loco, hemos visto, distorsiona cualquier realidad a la que se enfrenta. Para curarlo hay que reconstruirlo como un agente competente. Y más allá de la justificación médica, Foucault descubre cuatro elementos que dan sentido a la cura. Nacieron con el asilo en los treinta o cuarenta primeros años del XIX pero permanecen “obstinadamente a lo largo de toda la historia de la

³² Foucault (1967: 249) considera que el positivismo médico convierte a la locura en un objeto de conocimiento científico. Pero sin darse cuenta sigue excluyéndola y descalificándola, ahora con más fuerza pues se oculta la distancia moral dentro de un discurso científico -que, como se ha mostrado, no tiene valor epistemológico. Por eso Foucault será más duro con el asilo positivista que con el encierro de la época clásica: este, al menos, reconocía en el loco una diferencia respecto de la razón. Ahora sólo será alguien que debe reconocer el discurso que se realiza sobre él (Gros, 1997: 73).

psiquiatría” (Foucault 1995: 171, 175). El primero de ellos es convertir al loco, mediante procedimientos de mortificación, en un individuo dócil. El segundo, enseñar al individuo a hablar conforme a las jerarquías sociales, fundamentalmente asumiendo su propia identidad en el mundo y la de los otros. El tercero, convertirlo en alguien capaz de ganarse la vida y capaz de mantenerse a sí mismo y de aceptar las reglas del mundo exterior. En cuarto lugar, hacer que el individuo sienta que, sin su esfuerzo, no podrá salir de la locura, porque en esta existe mucho de mala fe, de libertad, de provecho de su estatuto de alienado (Foucault 2003: 173-174)³³.

Cabría, sin duda, precisar más, con descripciones de contexto cuál era la “arrogancia” del individuo enfermo, respecto a que redes de interacción y qué jerarquías; también qué status tenía su identidad y cuál había imaginado tener. En fin, podría estudiarse cómo se gestaron las necesidades que le llevaron a la locura y, por último, qué le permitió hacer su locura que de otro modo le hubiera sido imposible. Además, por supuesto, cabe cuestionar de qué modo se le impone ganarse la vida y qué coste tiene para él prescindir del estatuto de enfermo.

Pero eso supondría abandonar la crítica de la psiquiatría como centro del discurso y concentrarse más en una descripción de los contextos y sus ofensas. Dentro de éstas, aquellas que vuelve insoportable la realidad compartida. La crítica de la psiquiatría perdería su lugar estratégico en favor de la descripción de la locura en el lugar. Y Foucault cede su lugar a Goffman.

UNA FILOSOFÍA PARA LA SOCIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Para concluir propondré un modelo de filosofía de la enfermedad mental. Incluiré en el mismo las ganancias de la revisión que me ha ocupado en este artículo.

- 1) Ese modelo parte de una ontología elaborada por Hacking: la enfermedad mental es una especie interactiva o híbrida. Puede realizarse una sociología de cómo se trata una enfermedad (concebida como especie indiferente), de sus efectos sociales, de los cambios de organización social que produce o sugiere, de su impacto sobre el imaginario de una época, pero nunca de su génesis ni de su curación. No entro en el debate de si existen enfermedades mentales absolutamente indiferentes a la acción

³³ En la psiquiatría biologicista, la posibilidad de un cambio del enfermo va desapareciendo, ya que el desarreglo se encuentra radicado orgánicamente.

social, simplemente insisto en que, de darse el caso, requerirían otro tipo de dispositivo de análisis al que aquí propongo. Por lo demás, podría suceder que una enfermedad mental híbrida (la distancia entre lo indiferente, lo híbrido y lo interactivo admite grados) fuese tratada de un modo en el cual se redujese al mínimo la interacción con su sustrato natural subyacente. Un nuevo dispositivo médico, nuevos avances científicos o farmacológicos, una nueva categorización y terapia generarían una reducción de la enfermedad a casi una especie natural e indiferente (Hacking 1998a: 98-100; Faucher 1999: 28-29). Con este criterio, una posición como la de Canguilhem (la fisiología depende de la historia y el cuerpo, por tanto, resulta de la acción humana) admite alcances diversos. Desde el comienzo, recorro de nuevo a los trastornos alimentarios, estos fueron descritos referidos a sus efectos biológicos: desequilibrios hormonales, lesión en el sistema límbico, disfunción en el centro de saciedad del hipotálamo, etc. El debate se ha centrado en si son o no procesos derivados de las conductas de los sujetos o si éstas resultan de aquellos (Brumberg 1988: 24-25). El reclutamiento social de los trastornos alimentarios (personas de ciertas franjas sociales, de países occidentalizados...) así lo sugiere. Bien, en el caso, sugerido por Hacking, de que los trastornos alimentarios pasasen a ser considerados una especie indiferente, quedarían entre ellos los casos exclusivamente resultado de las alteraciones somáticas. El resto, sencillamente, serían incluidos en otra etiqueta y merecerían otro tratamiento.

- 2) El modelo supone acoger la crítica, presente en Foucault y en Goffman, de la tendencia a pensar la desviación social según un modelo biológico. La locura en el lugar descrita por el segundo o la reconstrucción por parte del primero del caso de Charles Jouy, muestran que las normas sociales se imponen desde el exterior a los comportamientos: por eso son conflictivas, porque una misma realidad social siempre constituye un escenario de disputa entre normas diversas. La norma biológica es una necesidad inmanente a un organismo, surge de su propia dinámica, mientras que las normas sociales son un intento, entre varios y que normalmente se opone a varios, de normalizar un comportamiento. Una norma social supone un proyecto de creación de estabilidad. La sociedad no es un organismo que se autorregula: es un intento de crear un organismo que se autorregula. En ese intento intervienen proyectos humanos en conflicto, impuestos desde el exterior nunca vividos con la naturalidad con la que un lagarto o una espinocha se adaptan o no a su

medio (Canguilhem 1971: 197-203). En ese sentido, la desviación que llamamos locura (o enfermedad mental) podría encontrar otro sistema de normas en los que integrarse normalmente³⁴. Lo importante es que, aquellos con los que se relaciona, no pueden procurárselo y comprenden su comportamiento desde el marco de la enfermedad mental. Cualquier comportamiento humano puede impedir relacionarse con un medio, siempre y cuando no pueda remodelar este de acuerdo con sus propias normas. Una anomalía que puede ser progresiva, que puede mejorar la capacidad de acción de un organismo, diría Georges Canguilhem (1976: 199), se convierte en una enfermedad regresiva³⁵. Depende del conflicto del individuo con su medio, con las normas de otros individuos. El modelo médico de tratamiento de la enfermedad mental, al ignorar la perspectiva del enfermo, es incapaz de ver cómo las normas sociales que se le imponen proceden de una decisión socialmente arbitraria. Que ésta sea socialmente arbitraria no significa que esté en la mano del individuo o del médico transformarla.

3) La idea del interlocutor virtual, utópico del enfermo mental³⁶ puede ser

³⁴ En términos de John R. Searle la asignación de una función a un organismo depende de la perspectiva de una norma de vida ya que, en sí misma, la naturaleza no genera hechos funcionales propiamente dichos (Searle 1995: 34). El caso de los organismos, señalo, se asemeja más al de los destornilladores que al de los abogados: tiene que haber algo en su estructura objetiva que le permita cumplir su función. ¿Dónde situar la enfermedad mental? Si pensamos en dos polos de objetos (unos más próximos, otros más lejanos de su estructura física para poder cumplir su función) la enfermedad mental “indiferente” se encontrará más próximo de los destornilladores mientras que la “interactiva” estará más cerca de los abogados (Searle 1995: 66). Una enfermedad “indiferente” deriva más su función de sus propiedades físicas que la interactiva (Searle 1995: 91).

³⁵ Una enfermedad, mental, orgánica o híbrida puede ser concebida como un entorpecimiento de nuestro comportamiento práctico con cuatro características: 1) produce una experiencia evaluada negativamente, que dificulta nuestros actos guiados ya sea por razones o propósitos 2) es una experiencia intensa y duradera y, por ello, interfiere en nuestras capacidades 3) no es el resultado de acciones ordinarias o cotidianas en el mundo, susceptibles de prevenirse o de manejarse a voluntad. Produce una desorganización estructural de nuestra capacidad de acción 4) no puede explicarse de manera sencilla, como simple resultado de ciertas acciones. Fulford, Thornton y Graham (2006: 132-133).

³⁶ En ese sentido, Isaac Joseph (1996: 34) escribe: “El sistema de actividad del enfermo mental aparece en todas sus implicaciones [...] como un atentado no

descrita con arreglo a tres dinámicas: una experiencia del pasado, mal integrada en el presente, comienza a obstaculizar las interacciones del individuo con su grupo de referencia. Del mismo modo, y dado que la experiencia social es compleja, puede ser que las exigencias normativas en un plano presente de la vida social interfieran constantemente con otras exigencias. El comportamiento queda colonizado por una norma lateral que impide que el individuo se desenvuelva en otros planos. En fin: puede ser que un objetivo futuro concentre de tal forma la acción que ésta se vuelve imposible en el entorno presente; puede que ese objetivo desquicie la experiencia social pasada que todo individuo incorpora. Resulta evidente que con cambios de contextos el pasado se haría tolerable, el presente podría concentrarse en el tema que ocupa al individuo o el futuro se engazaría con las exigencias del presente. Sucede que, esas posibilidades no resultan materialmente factibles ni para el individuo ni para quienes le rodean³⁷.

BIBLIOGRAFÍA

- BASTIDE, R. (1965): *Sociologie des maladies mentales*, París Flammarion.
- BECKER, H. (1985): *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, París, Metaillié.
- BRACKEN, P., THOMAS, P. (2010): "From Szasz to Foucault: on the role of critical psychiatry", *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 17(3): 219-228.
- BRUMBERG, J. J. (1988): *Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, Londres.
- CANGUILHEM, G. (1971): *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- CANGUILHEM, G. (1976): *El conocimiento de la vida*, Barcelona, Anagrama.

solamente contra las coacciones sistémicas de la comunicación sino también contra las coacciones rituales y a la moral de su entorno". Más allá de la psiquiatría, "la locura resulta de diagnósticos y de peritajes mucho más difusos y de juicios de pertinencia largamente compartidos que tratan sobre la capacidad de un individuo para respetar las normas de conjunción y para sus movilizar sus competencias rituales cuando tales normas resultan amenazadas".

³⁷ Véase la fundamentación de este modelo en el capítulo 2 de Moreno Pestaña (2010).

- CASTEL, R. (1980): *El psicoanálisis. El orden psicoanalítico y el poder*, Madrid, Siglo XXI.
- FAUCHER, L. (1999): "L'histoire de la folie à l'âge de la construction sociale. Compte rendu de *L'âme réécrite* d'Ian Hacking", *Cahiers d'épistémologie* 9910, n° 261.
- FULFORD, K. W. M., THORNTON, T., GRAHAM, G. (2006): *Oxford textbook of Philosophy and Psychiatry*, New York, Oxford University Press.
- HUGUES, E. C. (2009) : *The sociological eye*, New Brunswick-Londres, Transaction Books.
- CHAPOULIE, J.-M. (2001). *La tradition sociologique de Chicago. 1982-1961*, Paris, Seuil.
- COCKERHAM, W. C. (2000): *Sociology of mental disorder*, Prentice, Londres.
- ESTROFF, S. (1998): *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Paris, Synthélabo.
- FOUCAULT, M. (1967): *Historia de locura en la época clásica I*, Madrid, Siglo XXI. Traducción de Juan José Utrilla.
- FOUCAULT, M. (1994): "Foucault étudie la raison d'État", *Dits et écrits IV, 1980-1988*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1999): *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Paris, Gallimard-Seuil.
- FOUCAULT, M. (2003): *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Paris, Gallimard-Seuil.
- GOFFMAN, E. (1968): *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit. Traduction de Liliane et Claude Lainé.
- GOFFMAN, E. (1973): "La folie dans la place", *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Paris, Minuit.
- GROSS, F. (1997): *Foucault et la folie*, Paris, PUF.
- HACKING, I. (1998a): *Mad travelers. Reflection on the reality of transient mental illnesses*, Charlottesville and London, University Press of Virginia.
- HACKING, I. (1998b): *L'âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Paris, Synthélabo.
- HACKING, I. (2001): *¿La construcción social de qué?*, Barcelona, Paidós.

- HACKING, I. (2004): "Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction", *Economy and Society*, 33(3): 277-302.
- JOSEPH, I. (1996): "Intermittence et réciprocité", *Raisons pratiques*, 7: 17-36.
- JOSEPH, I. (2007): *L'athlète moral et l'enquêteur modeste*, París, Economica.
- LAGRANGE, J. (2003): "Situation du cours", Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, París, Gallimard-Seuil.
- MERLEAU-PONTY, M. (1945): *Phénoménologie de la perception*, París, Gallimard.
- MORENO PESTAÑA, J. L. (2006): *Convirtiéndose en Foucault. Sociogénesis de un filósofo*, Barcelona, Montesinos.
- MORENO PESTAÑA, J. L. (2010): *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*, Madrid, CIS.
- MORENO PESTAÑA, J. L. (2011): *Foucault y la política*, Madrid, Tierradenadie.
- PARSONS, T. (1999): *El sistema social*, Madrid, Alianza.
- PASSERON, J.-C. (2012): *El razonamiento sociológico. El espacio comparativo de las pruebas históricas*, Madrid, Siglo XXI.
- QUÉTEL, C. (2009): *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, París, Tallandier.
- RODRÍGUEZ, J. C. (2003): *El escritor que compró su propio libro. Para leer El Quijote*, Barcelona, Debate.
- SEARLE, J. R. (1995): *La construcción de la realidad social*, Paidós, Barcelona.
- SENELLART, M. (2012): "Situation du cours", Michel Foucault, *Du gouvernement des vivants. Cours au Collège de France. 1979-1980*, París-Gallimard, Seuil.
- SZASZ, T. S. (1961): "The myth of mental illness", *The American psychology*, 15(2): 113-118.
- VEYNE, P. (1983): *Les Grecs ont-ils cru à leurs mythes ?*, París, Seuil.
- VEYNE, P. (1995): *Le quotidien et l'intéressant. Entretiens avec Catherine Darbo-Peschanski*, París, Hachette.
- WALKER, C. y FINCHAM, B. (2011): *Work and mental health crisis in Britain*, Oxford, Wiley-Blackwell.

Recibido: 20 de junio de 2015

Aceptado: 29 de julio de 2015

José Luis Moreno Pestaña (1970) es profesor de filosofía en la Universidad de Cádiz. Es licenciado y doctor en filosofía, DEA en sociología y titular de una *Habilitation à diriger des recherches* en sociología en Francia (EHESS, París). Es el autor de *Convirtiéndose en Foucault. Sociogénesis de un filósofo* (Barcelona, Montesinos, 2006) traducido al francés como *En devenant Foucault. Sociogenèse d'un philosophe* (Broissieux, Éd. du croquant, 2006), *Filosofía y sociología en Jesús Ibáñez. Genealogía de un pensador crítico* (Madrid, Siglo XXI, 2008), *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social* (Madrid, CIS, 2010) y *La norma de la filosofía* (Madrid, Biblioteca Nueva, 2013). Ha realizado la traducción y la edición crítica de la obra de Jean-Claude Passeron, *El razonamiento sociológico. El espacio comparativo de las pruebas históricas* (Madrid, Siglo XXI, 2011). Ha coordinado varios libros y números de revistas y ha publicado múltiples trabajos en revistas y libros colectivos nacionales e internacionales. joseluis.moreno@uca.es