

Sandra Caponi

Locos y degenerados

Una genealogía de la psiquiatría ampliada



Caponi, Sandra
Locos y degenerados : una genealogía de la psiquiatría ampliada . - 1a ed. -
Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Lugar Editorial; Rio de Janeiro : Editora
Fiocruz, 2015.
192 p. ; 23x16 cm.
ISBN 978-950-892-480-3
1. Salud. 2. Historia. 3. Psiquiatría.
CDD 616.89

Edición: Juan Carlos Ciccolella
Diseño de tapa: Silvia Suárez
Diseño interior: Cecilia Ricci

Motivo de tapa: *Hay noches que el cielo se enrosca y la tierra está rayada*. 2012.
Felipe Giménez (artista argentino, 1963).

Título original: *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*

© 2012 Sandra Caponi
Derechos de la edición en portugués:
Editora FIOCRUZ
Av. Brasil 4036, Térreo, sala 112, Manguinhos
Cep: 21040-361. Rio de Janeiro, Brasil
Tel: (21) 3882-9039 / 3882-9041
editora@fiocruz.br

1ª edición en español
Agradecemos a la Editora FIOCRUZ por la autorización para la publicación de este libro en español.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, en forma idéntica o modificada y por cualquier medio o procedimiento, sea mecánico, informático, de grabación o fotocopia, sin autorización de los editores.

ISBN: 978-950-892-480-3
© 2014 Lugar Editorial S. A.

Castro Barros 1754 (C1237ABN) Buenos Aires
Tel/Fax: (54-11) 4921-5174 / (54-11) 4924-1555
E-mail: lugar@lugareditorial.com.ar
www.lugareditorial.com.ar
facebook.com/lugareditorial

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723
Impreso en la Argentina – Printed in Argentina

Colección SALUD COLECTIVA

Coordinador: Hugo Spinelli
Editora ejecutiva: Viviana Martinovich

Consejo Editorial: Marcio Alazraqui - Naomar de Almeida-Filho - Jorge Arakaki -
Gastão Campos - Ana Diez Roux - Sonia Fleury - Eduardo Menéndez - Maria
Cecília de Souza Minayo - Emerson Elias Merhy - Rosana Onocko Campos -
Jairnilson Silva Paim - Mario Testa

La Colección Salud Colectiva editó su primer volumen en el año 1993. Desde aquel momento y hasta la actualidad, su propósito es dejar testimonio de la rica experiencia y debate que en torno a una concepción del proceso salud-enfermedad-atención centrado en lo sociocultural, se viene realizando desde hace décadas en distintos lugares de Latinoamérica y el Caribe.

1. *Pensar en Salud*. MARIO TESTA (5a. reimpresión).
2. *La enfermedad*. GIOVANNI BERLINGUER (2a. reimpresión).
3. *Tecnoburocracia sanitaria*. CELIA IRIART, LAURA NERVI, BEATRIZ OLIVIER Y MARIO TESTA.
4. *Políticas en Salud Mental*. OSVALDO SAIDÓN Y PABLO TROIANOVSKI (compiladores) (agotado).
5. *Pensamiento estratégico y lógica de programación. Caso de salud*. MARIO TESTA (2a. edición).
6. *Ética de la Salud*. GIOVANNI BERLINGUER (2a. reimpresión).
7. *Saber en Salud*. MARIO TESTA (agotado).
8. *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina*. SONIA FLEURY (agotado).
9. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud*. MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO (agotado).
10. *Praxis en Salud. Un desafío para lo público*. EMERSON ELIAS MERHY, ROSANA ONOCKO y otros (agotado).
11. *Natural, racional, social. Razón médica y racionalidad científica moderna*. MADEL T. LUZ.
12. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro?* SUSANA BELMARTINO.
13. *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica. Teoría y práctica de un movimiento de cambio*. Tomo 1: *Una mirada analítica*. Tomo 2: *Las voces de los protagonistas*. (Coedición con HUCITEC-Brasil) (agotado).
14. *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*. NAOMAR DE ALMEIDA FILHO.

15. *Organizaciones solidarias. Gestión e innovación en el Tercer Sector.* FEDERICO TOBAR Y CARLOS A. FERNÁNDEZ PARDO.
16. *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil.* MARIO BRONFMAN.
17. *Gestión en Salud. En defensa de la vida.* GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS (2a. reimpresión).
18. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.* JAIME BREILH (3a. reimpresión).
19. *Reforma de la atención médica en escenarios locales. 1990-2000.* SUSANA BELMARTINO, CARLOS BLOCH Y ERNESTO BÁSCOLO.
20. *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina.* JUAN SAMAJA (3a. reimpresión).
21. *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas.* HUGO SPINELLI (compilador) (3a. reimpresión).
22. *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología.* JOSÉ RICARDO CARVALHO MESQUITA AYRES.
23. *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1970).* DIEGO ARMUS (compilador).
24. *Precariedades del exceso. Información y comunicación en Salud Colectiva.* LUIS DAVID CASTIEL Y PAULO ROBERTO VASCONCELLOS-SILVA.
25. *Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales.* MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO, SIMONE GONÇALVES DE ASSIS Y EDINILSA RAMOS DE SOUZA (organizadoras) (2a. reimpresión).
26. *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias.* DINA CZERESNIA Y CARLOS MACHADO DE FREITAS (organizadores) (2a. reimpresión).
27. *Salud: cartografía del trabajo vivo.* EMERSON ELIAS MERHY.
28. *Participación Social ¿Para qué?* EDUARDO L. MENÉNDEZ Y HUGO G. SPINELLI (coordinadores) (2a. reimpresión).
29. *Investigación cualitativa en los servicios de salud.* MARIA LÚCIA MAGALHÃES BOSI Y FRANCISCO JAVIER MERCADO (organizadores).
30. *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico.* ROSANA ONOCKO CAMPOS.
31. *Temas y desafíos en Salud Colectiva.* EDGAR C. JARILLO SOTO Y ENRIQUE GUINSBURG (editores).
32. *El Dilema Preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva.* SERGIO AROUCA.
33. *La Salud que hace mal. Un estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich.* ROBERTO PASSOS NOGUEIRA.
34. *Evaluación en Salud. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.* ZULMIRA MARIA DE ARAÚJO HARTZ Y LIGIA MARIA VIEIRA DA SILVA (organizadoras).

35. *La artesanía de la investigación cualitativa.* MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO.
36. *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos.* GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.
37. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* EDUARDO L. MENÉNDEZ.
38. *El nacimiento de la Odontología. Una arqueología del arte dental.* CARLOS BOTAZZO.
39. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad.* LUIS DAVID CASTIEL Y CARLOS ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ.
40. *Vida de sanitarista.* MARIO HAMILTON.
41. *Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina.* NÚRIA HOMEDES Y ANTONIO UGALDE (organizadores).
42. *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances.* JESÚS ARMANDO HARO (organizador).
43. *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI.* JAIRNILSON SILVA PAIM.
44. *Teoría social y salud.* ROBERTO CASTRO.
45. *Participación, democracia y salud.* SONIA FLEURY Y LENAURA DE VASCONCELOS COSTA LOBATO (organizadoras).
46. *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina.* GILBERTO HOCHMAN, MARÍA SILVIA DI LISCIA Y STEVEN PALMER (organizadores).
47. *Ética y ensayos clínicos en América Latina.* NÚRIA HOMEDES Y ANTONIO UGALDE (coordinadores).
48. *La ley del deseo: tomar la Tierra por asalto.* GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.
49. *De hierro y flexibles. Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera.* MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO.

Serie Didáctica

1. *Investigación Social. Teoría, método y creatividad.* MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO (organizadora) (2da. edición revisada y ampliada).
2. *MAPP. Método Altadir de Planificación Popular.* CARLOS MATUS.
3. *Introducción a la Epidemiología.* NAOMAR DE ALMEIDA FILHO Y MARIA ZÉLIA ROUQUAYROL.
4. *Dispositivos institucionales 1. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales.* GREGORIO G. KAMINSKY.
5. *El sistema de salud de Brasil: ¿qué es el SUS?* JAIRNILSON SILVA PAIM.
6. *Pensar-escribir-pensar. Apuntes para facilitar la escritura académica.* MARTÍN DOMEQ.

Índice

Introducción	
BIOPOLÍTICA DE LA POBLACIÓN Y GESTIÓN DE LAS ANOMALÍAS	15
El contexto histórico de emergencia de la psiquiatría ampliada . .	17
La biopolítica de la población	18
Una medicina de lo no patológico	22
Capítulo I	
DEL TRATAMIENTO MORAL A LA PSIQUIATRÍA AMPLIADA	27
De la locura como representación al poder psiquiátrico	28
La psiquiatría clásica y la anatomopatología.	33
Pinel y el Tratamiento Moral	38
Tratamiento Moral y poder disciplinar	46
De la disciplina a la biopolítica de las poblaciones	49
Pinel y las pasiones del alma	51
Capítulo II	
CLIMA, CEREBRO Y DEGENERACIÓN EN CABANIS	55
La influencia del clima y los temperamentos adquiridos.	58
Entre lo físico y lo moral: la teoría de los humores.	63
La anatomopatología como recurso explicativo.	68
Clima, cerebro y patologías	72
Degeneración y regeneración	75
Capítulo III	
BENEDICT AUGUST MOREL Y LA EMERGENCIA DE LA	
TEORÍA DE LA DEGENERACIÓN	77
La clasificación etiológica de las enfermedades mentales.	79
Causas y tipos de degeneración	81
El cerebro: entre el alma y el cuerpo	84

Estigma y herencia disimilar	86
Degeneración y alienación mental	89
Hacia una psiquiatría ampliada	93

Capítulo IV

LA CONSOLIDACIÓN DE UN PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN: MAGNAN	
Y LAS PATOLOGÍAS HEREDO-DEGENERATIVAS	95
Valentin Magnan y las patologías heredo-degenerativas	98
Degeneraciones y desequilibrio cerebral	100
Los síndromes de degeneración en la clasificación de Magnan . .	105
El desarrollo de un programa de investigación	112
La medicalización de los desvíos	115

Capítulo V

EMIL KRAEPELIN Y LA PERSISTENCIA DE LA DEGENERACIÓN EN LA	
PSIQUIATRÍA MODERNA	119
Sobre la degeneración	121
La biologización de los hechos sociales	125
Causas mixtas de degeneración: el ejemplo de la sífilis	129
La herencia en las teorías ambientalistas	133
La legitimación estadística de la degeneración	137
Hacia una psiquiatría ampliada	141

Capítulo VI

HERENCIA Y DEGENERACIÓN: DE KRAEPELIN A LOS	
NEO-KRAEPELINIANOS	143
La clasificación de patologías mentales de Kraepelin	146
La constitución mórbida y las entrevistas psiquiátricas	150
De Kraepelin a los Neo-kraepelinianos	157
Los avatares de la degeneración	163
Síntomas, herencia y localización cerebral	166

Conclusión

LÍMITES Y DIFICULTADES DE LA PSIQUIATRÍA AMPLIADA	169
Del diagnóstico binario a la multiplicación de diagnósticos	172
Las promesas de la localización cerebral	175

Referencias bibliográficas	181
---	------------

Para mi madre, Dorita, *In Memoriam*,
porque sin ella, el mundo quedó menos simpático.

Introducción

Biopolítica de la población y gestión de las anomalías

Simão Bocamarte estudiaba por todos lados alguna idea nueva y audaz para ampliar las bases de la psiquiatría.

Machado de Assis. *El Alienista*

En la segunda mitad del siglo XIX comienza a articularse un nuevo modo de entender las enfermedades mentales que ya no se restringe, exclusivamente, a la preocupación con los delirios, las alucinaciones, los actos violentos o las pasiones irrefrenables, hechos que hasta ese momento concentraban el interés de alienistas y psiquiatras. Ese desplazamiento permite clasificar un conjunto cada vez mayor de conductas y comportamientos cotidianos como patologías psíquicas que requieren intervenciones terapéuticas. Emerge así un nuevo campo de saber que posibilita que hechos simples, como la tristeza profunda, la sexualidad en la infancia, el alcoholismo y los más diversos desvíos de comportamiento, pasen a ser, poco a poco, objeto de discursos e intervenciones médicas.

Asistimos, así, a la creciente consolidación de ese espacio de saber y de intervención que Michel Foucault (1999) denominó *medicina de lo no patológico*. Se delinean, en ese momento, los contornos de una psiquiatría ampliada que permanece hasta hoy, interesada en definir y clasificar *las enfermedades del hombre normal* (Le Blanc, 2007). Actualmente existe una inmensa literatura dedicada a estudiar los límites y las dificultades de esa proliferación de diagnósticos que redefinen casi todos nuestros sufrimientos y conductas en tenemos médicos (Camargo Jr. & Nogueira, 2009; Horwitz, 2002; Moynihan & Cassels, 2006; Conrad, 2007; Martínez Hernáez, 2008).

Podrá argumentarse que esas clasificaciones nosológicas encuentran su legitimidad en los recientes avances de las neurociencias, en los nuevos aparatos de diagnóstico por imagen, como los *pet scan*, o en una industria farmacéutica que dedica cada vez más atención a los psicofármacos. No pretendo analizar aquí las controversias ocurridas en el ámbito de las

neurociencias o de la psicofarmacología, sino comprender el momento histórico que posibilitó la emergencia de una nueva configuración epistemológica por la cual la psiquiatría se transformó en un saber que es, al mismo tiempo, intra y extraasilar, capaz de referirse tanto a los delirios y alucinaciones como a los sufrimientos propios de la condición humana.

Deberemos indagar, por ejemplo, cómo surge, cómo se valida y cómo se difunde ese saber médico relacionado a lo no patológico. Analizar a partir de qué espacio epistemológico, de qué saberes y de qué estrategias discursivas se consolidó esa psiquiatría ampliada que aparece en la segunda mitad del siglo XIX, y que hoy parece haber renacido con fuerza inesperada.

Tomando como punto de partida el análisis que Foucault realiza en su curso del *Collège de France* de 1974-1975, situamos el origen de la psiquiatría ampliada en el *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* (*Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana y las causas que producen estas variedades enfermizas*) de Morel. A partir de allí serán analizadas las transformaciones sufridas por el concepto de degeneración en diferentes momentos históricos, desde su emergencia en el espacio de la medicina mental hasta sus derivaciones modernas en las ideas de predisposición hereditaria, constitución psíquica o patologías mentales preexistentes.

Se trata, en fin, de comprender el momento histórico de formación y consolidación del concepto de degeneración, así como sus sucesivas transformaciones (Canguilhem, 2002). Analizamos los discursos referidos a la psiquiatría ampliada, en relación a la psiquiatría clásica que antecede a Morel representada por Philippe Pinel (1809). También será abordado el concepto de degeneración que Cabanis (1802) introduce en el campo de la medicina, y su articulación con las teorías de los naturalistas, principalmente con las teorías de Buffon (1776), con la tradición médica hipocrática y con la naciente anatomopatología cerebral iniciada por Morgagni. Veremos los diferentes puntos de vista que, en el mismo momento histórico, Pinel y Cabanis defendieron en relación a la problemática de la locura, de la localización cerebral y del Tratamiento Moral.

En la segunda mitad del siglo XIX, específicamente en 1857, fecha de publicación del *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* de Morel, surge la idea de psiquiatrización de las anomalías y los desvíos. Esa idea se transformará, más tarde, en un verdadero programa de investigación sobre patologías mentales, conocido como “teoría de la degeneración” (Arnauld, 1896). Los trabajos de Magnan (1893) y de sus seguidores, ejercieron gran influencia en los estudios dedicados a las enfermedades psíquicas en la primera mitad del siglo

XX. La teoría de la degeneración, particularmente influyente en Francia, tendrá un fuerte impacto en la psiquiatría mundial (Campos *et al.*, 2000) siendo significativa su influencia en la comunidad científica alemana.

En 1908, Emil Kraepelin publicó un pequeño texto para tratar este tema, que se denomina *On the question of degeneration* (*Sobre la cuestión de la degeneración*). Tomando como punto de partida ese texto de Kraepelin, es posible observar la permanencia de la teoría de la degeneración en las diferentes ediciones de *Clinical psychiatry. A text-book for students and physicians* (*Psiquiatría Clínica. Un manual para estudiantes y médicos*) (1907) y en *Lectures on clinical psychiatry* (*Lecturas sobre psiquiatría clínica*) (1912). La lectura de esos textos de Kraepelin permite una nueva mirada sobre la psiquiatría moderna. Pues, si bien es cierto que no todos los investigadores de la American Psychiatric Association (APA) se reconocen como neokraepelinianos, existe un importante grupo de psiquiatras, cuya participación fue fundamental para la configuración de la psiquiatría actual, que reconoce en la figura de Kraepelin a su teórico más influyente. Por esa razón, intentamos recorrer las marcas dejadas por el discurso de la degeneración en los llamados psiquiatras neokraepelinianos.

Ese grupo, que se identifica como heredero de Kraepelin, ejerció gran influencia en la transformación que el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) sufrió en 1980, volviéndose una referencia obligatoria para la psiquiatría mundial. Ese *Manual* posibilitó una ampliación de las categorías diagnósticas en el campo de la psiquiatría y permitió su consolidación como un saber capaz de intervenir, terapéutica o preventivamente, sobre el amplio mundo de las anomalías y de los sufrimientos psíquicos.

El contexto histórico de emergencia de la psiquiatría ampliada

Desde 1857 y a lo largo de los siglos XIX y XX, aparecieron nuevas estrategias de intervención y de gestión de las poblaciones vinculadas a la teoría de la degeneración que fuera inicialmente propuesta por Benedict August Morel (1857, 1859). En ese momento se define un nuevo espacio clasificatorio de enfermedades y anomalías que permitió que, en la segunda mitad del siglo XIX, surjan nuevas enfermedades relacionadas a comportamientos.

Morel pretendía crear una clasificación consistente de patologías mentales, que no se apoyara solamente en la diferenciación de síntomas (generalmente muy semejantes unos a otros) o en las manifestaciones

corporales exteriores (los llamados “estigmas”, que podrían llevar a clasificaciones equivocadas). Morel pretendía sustituir una clasificación sintomática por una clasificación etiológica de las enfermedades mentales; pensaba que solamente conociendo sus causas podría elaborarse un sistema clasificatorio de patologías psiquiátricas que fuera confiable y que permitiera encontrar terapéuticas eficaces. De ese modo, a partir de la definición de una red causal explicativa ambigua, Morel creaba el principio general de toda su obra: “Los seres degenerados forman grupos y familias con elementos distintivos relacionados invariablemente a las causas que los transformaron en eso que son: un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad” (Morel, 1857, p. 75).

Foucault dedicó el curso del *Collège de France* de 1974-1975 a analizar el surgimiento de esa nueva psiquiatría que se construye y se articula en torno de la figura de los “anormales”. Esa matriz explicativa de las enfermedades psiquiátricas se mantuvo hasta inicios del siglo XX, no solamente en Francia, sino también en Inglaterra, en Alemania y en América Latina. Analizamos la permanencia de este discurso en las dos principales revistas de psiquiatría francesa (los *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legal* y *Annales Médico-Psychologiques*) entre los años 1857 y 1926, pues a partir de ese momento comienza a declinar el número de artículos dedicados a la degeneración, específicamente en el caso concreto de Francia.

Así, en las últimas décadas del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX empieza a consolidarse una verdadera biopolítica de las poblaciones consideradas de riesgo (para sí y para los otros), surgiendo una multiplicidad de nuevas clasificaciones nosológicas de patologías psiquiátricas que dará lugar a nuevas estrategias de intervención, a nuevas terapéuticas y a un discurso higiénico preocupado por prevenir e identificar desvíos patológicos.

La biopolítica de la población

Recordemos que el concepto de “biopolítica” fue enunciado por primera vez en una conferencia dictada por Foucault en 1974, en la Universidad Estadual de Río de Janeiro. Esa exposición fue publicada en 1977 con el nombre de *El nacimiento de la medicina social* (Foucault, 1989, p. 79-99). El texto señala un desplazamiento significativo en las estrategias de poder: “el control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que comienza en el cuerpo, con el cuerpo. Fue en el biológico, en el somático, en el corporal que invistió la sociedad capitalista. El cuerpo es una realidad biopolítica” (Foucault, 1989, p. 82).

Sin embargo, es en el quinto capítulo de la *Voluntad de saber* que Foucault aclara y aborda detenidamente el concepto de biopoder en oposición al derecho de muerte que caracterizaría el poder del soberano (Michaud, 2000, p. 16). Ese tema será retomado en diversos cursos que Foucault dicta en el *Collège de France*. Inicialmente Foucault dedica el curso del año 1976, denominado “En defensa de la sociedad” (Foucault, 1997), a la problemática de la guerra de razas y a sus relaciones con el biopoder, siendo un elemento esencial y articulador de este curso el problema del “riesgo” como elemento estratégico para comprender los dispositivos de seguridad que pretenden anticipar todos los peligros, reales e imaginarios, vinculados al crimen, a la guerra de razas y a la locura. Posteriormente, la biopolítica de las poblaciones será objeto de análisis en los cursos dictados en 1978 y 1979, denominados respectivamente “Seguridad, territorio y población” (Foucault, 2004) y “Nacimiento de la biopolítica” (Foucault, 2005).

Como afirma Didier Fassin (2003), las lecturas contemporáneas del concepto de biopoder se limitaron a utilizar esa referencia en diferentes contextos, sin haber hecho un abordaje teórico o conceptual del mismo, a excepción de dos autores provenientes de la tradición filosófica, Agnes Heller (Heller & Fehér, 19784) y Giorgio Agamben (2002): “No deja de ser significativo que las dos obras que más aportaron para repensar ese concepto se inspiraron en el trabajo de Hannah Arendt, que fundó, paralelamente a Foucault, una teoría del gobierno relacionado a la vida” (Fassin, 2003, p. 177).

La *biopolítica de la población*, que comienza en el siglo XVIII, fue la estrategia que posibilitó que, por primera vez en la historia, lo biológico ingrese en el registro de la política (Foucault, 1978). Fue en ese momento que el cuerpo y la vida pasaron a transformarse en objetivo privilegiado de saber y de intervenciones correctivas. El sujeto, como sujeto de derecho, pasó a ocupar un segundo plano en relación a la preocupación política de maximizar el vigor y la salud de las poblaciones. “Deberíamos hablar de biopolítica para designar lo que hace que la vida y sus mecanismos puedan entrar en el dominio de cálculos explícitos, lo que transforma al saber-poder en un agente de transformación de la vida humana” (Foucault, 1978, p. 170). Probablemente los estudios y las estrategias eugénicas sean las que mejor definen a esa biopolítica de la población que, al mismo tiempo en que propone el mejoramiento de la raza y de la especie, parece precisar de la construcción de cuerpos sin derecho, que se configuran como simple “vida desnuda”, vida que se mantiene en los márgenes de las relaciones de poder, vida que puede ser sometida y hasta aniquilada.

Una característica del biopoder es la importancia creciente de la norma sobre la ley, la idea de que es necesario definir y redefinir lo normal

en relación a su opuesto: la figura de los “anormales”, considerados como “excepción” a la norma. Recordemos que, para Agamben, “la excepción se sitúa en posición simétrica en relación al ejemplo, con el cual forma sistema. Constituye uno de los modos a través de los cuales un conjunto busca fundamentar y mantener su propia coherencia” (Agamben, 2002, p. 29). La excepción tiene una función estratégica, que es la de auxiliar a la conformación de una identidad de grupo, permitiendo definir las fronteras entre normalidad y desvío. Es en nombre de la salud de todos, de la vitalidad de la especie, del control de las enfermedades y de la anticipación de los peligros que la biopolítica puede multiplicar los espacios médicos de intervención social (Foucault, 2005).

Así, para Foucault, el hecho determinante en la construcción de las sociedades modernas es ese proceso por el cual la vida, esto es, la vida que compartimos con los animales, pasa a ser embestida por cálculos explícitos y por estrategias de poder; el momento en el que lo biológico ingresa como elemento privilegiado en el registro de la política. Es en oposición a la concepción aristotélica de “hombre” que Foucault piensa el ejercicio de la biopolítica: “Por milenios el hombre permaneció siendo lo que era para Aristóteles: un animal viviente y, además, capaz de existencia política; el hombre moderno es un animal en cuya política está en cuestión su existencia como ser vivo” (Foucault, 1978, p. 184).

La gran novedad que se produce en el mundo moderno, de la cual hablan tanto Foucault cuanto Arendt y Agamben, es la identificación entre lo vital y lo político. En el mismo momento en que el hombre moderno conquista los derechos que se pretenden universales, el dominio de lo vital entra en cuestión. La vida, el cuerpo, la salud, las necesidades, la reproducción, que antes formaban parte de la esfera prepolítica, ingresan en el registro de la política. Por la mediación de las estadísticas, surge un nuevo dominio de saber y de intervención que se refiere exclusivamente al espacio de lo vital y a los fenómenos de natalidad, reproducción y morbi-mortalidad. Ese dominio de intervención se relaciona directa y exclusivamente a un cuerpo que no es el de los individuos, sino el de las poblaciones (Foucault, 1997; 2004).

Hablar de biopolítica de la población implica aceptar un proceso complejo que tiene dos caras. Por un lado, el dominio de lo vital (natalidad, salud, mortalidad y reproducción), que para los griegos era eminentemente privado, ingresará en la esfera de lo social y, consecuentemente, de la política. Los derechos de las mujeres, de los niños, de los trabajadores, el reconocimiento de los derechos básicos a la alimentación y a la asistencia, aunque duramente conquistados, hablan de la positividad de esa biopolítica. Pero existe una cara oscura de ese mismo proceso, representada por las políticas higiénicas, psiquiátricas y eugénicas desarro-

lladas en el siglo XIX. Políticas que, con el objetivo de mejorar la población y la raza, multiplicaron las conductas y comportamientos que, clasificadas como anormales, pasaron a ser objeto de intervención y gestión médica.

Es necesario observar la funcionalidad estratégica de los biopoderes que, con el objetivo del mejoramiento de los cuerpos, de las poblaciones y de las razas, multiplican los espacios de intervención, reduciendo, cada vez más, nuestro margen de decisión y de acción política. De ese modo, tanto nuestros sufrimientos individuales y cotidianos como nuestros vínculos sociales o políticos pasan a estar mediados por intervenciones terapéuticas o preventivas, sean médicas o psiquiátricas, que recortan las fronteras de lo que debe ser considerado un comportamiento normal o patológico (Martínez Hernáez, 2008).

Sabemos que el concepto de “normal” es doble: por un lado remite a medias estadísticas, constantes y tipos; por otro lado, es un concepto valorativo, que se refiere a aquello que es considerado deseable en un determinado momento y en una determinada sociedad: define de qué modo una función, un proceso o una conducta “debería ser” (Nordenfeld, 1984, p. 64).

Es por esa razón que el concepto de normalidad, entendido como un valor, no se opone ni a la enfermedad ni a muerte, sino solamente a la anormalidad y a la monstruosidad. La anormalidad es un fenómeno intermediario entre lo médico (pues se define por su distancia con las medias estadísticas y, consecuentemente, con los valores deseables) y lo jurídico (pues se desvía del modo como un comportamiento o hecho debería a ser). La anomalía está asociada a la diferencia, a la variabilidad de valor negativo, en un sentido que es al mismo tiempo vital y social. Es aquello que una sociedad considera como peligroso o nocivo del punto de vista jurídico y médico, aquello que representa al mismo tiempo desvío de la media y amenaza a las normas (Canguilhem, 1990a, p. 204).

El concepto de norma es central para comprender las estrategias biopolíticas surgidas en el siglo XIX, dedicadas al amplio mundo de los “anormales o degenerados”. La idea de degeneración remite a un proceso de degradación patológica del tipo normal y primigenio de la humanidad, que es transmitido hereditariamente, provocando una afección de orden físico, intelectual o moral (Pick, 1996; Cartron, 2000; Christian, 1892). En palabras de Morel, “la degeneración se refiere a todo y cualquier desvío enfermizo [patológico, diríamos hoy] y hereditario del tipo normal de la humanidad” (Morel, 1857, p. 15).

La “teoría de la degeneración” es solidaria de esa duplicidad y ambigüedad que caracteriza a los conceptos de “norma” y “normalidad” que Foucault analizará en la tercera conferencia de *Seguridad, territorio y población* (Foucault, 2004), estableciendo una distinción entre las estrategias de *normación*, propias de la sociedad disciplinar, y las estrategias

de *normalización*, propias de la biopolítica de las poblaciones. Como veremos, la categoría “degeneración” se refiere a ese doble registro: por un lado, representa un desvío de la media estadística que define la normalidad de las características físicas, tales como altura, peso, formato del rostro, de las orejas, etc., los llamados *stigmas* (Cartron, 2000); por otro, desvío de las normas o valores que la sociedad europea del siglo XIX consideraba como inviolables y universales. Se encuentra, así, a mitad de camino entre los procesos de *normación*, por imposición de reglas y normas destinadas a producir sujetos dóciles y productivos, y las estrategias de *normalización* tendientes a anular los desvíos de la media estadística considerada normal.

Una medicina de lo no patológico

Surge así una medicina de lo no patológico que ya no pretende solamente curar, sino anticipar y prevenir las conductas indeseadas (Foucault, 1997; 1999; 2004). Para ello serán creadas estrategias referentes al control de la sexualidad y de la reproducción, con el objetivo de intervenir sobre la gran familia de los anormales. La psiquiatría se instituye como defensora del orden social, reclamando para sí un poder aún mayor que el detentado por juristas e higienistas, pues demanda la gestión de la anormalidad. “La psiquiatría se arroga el papel de defensora generalizada de la sociedad, al mismo tiempo en que conquista su derecho de ingerencia en la sexualidad familiar” (Foucault, 1999, p. 299).

En el momento en que la teoría de la degeneración se consolida como programa de investigación, la psiquiatría puede comenzar a establecer vínculos directos entre un desvío de conducta y un estado anormal (heredado y definitivo) que exige una intervención psiquiátrica. Así, esa larga serie de pequeñas conductas anormales, aberrantes, desviantes, que aparecen en los *Annales Médico-Psychologiques*, se transformará en el eje articulador de la nueva psiquiatría. Para Foucault: “lo que caracteriza a esa nueva psiquiatría es el poder de los médicos sobre lo no patológico” (Foucault, 1999, p. 292).

La teoría de la degeneración permitía desplazar el eje de intervención de la psiquiatría, que pasará de las enfermedades a las conductas, de las patologías a las anomalías, de los síntomas indicativos de lesiones orgánicas a los síndromes de degeneración.

Surge así una larga dinastía de esos “síndromes” de degeneración: inicialmente aparece la agorafobia; luego las claustrofobias; las enfermedades incendiarias surgen en 1867;

la cleptomanía es descripta por la primera vez en 1879; los exhibicionismos, en 1877; el masoquismo, en 1875; la homosexualidad es enunciada como síndrome por primera vez en 1870 en los archivos de neurología. Esa suma de desvíos puede ser indefinidamente ampliada, siempre pueden ser agregadas nuevas conductas que exigen intervención psiquiátrica. Así, frente a un hecho social como el surgimiento de las ligas contra la vivisección, Magnan descubrirá lo que denomina “síndrome de anti-vivisección” (Foucault, 1999, p. 293).

Para comprender la teoría de la degeneración, es necesario hablar de un tipo particular de herencia no definida, donde toda y cualquier anomalía puede surgir y multiplicarse a partir de un sujeto identificado como degenerado o anormal. “El estudio de la herencia, o la localización de la herencia en el origen de las anormalidades, constituye esa ‘meta-somatización’ que fue necesaria para construir el edificio de la degeneración” (Foucault, 1999, p. 296). Los anormales no pueden ser considerados portadores de una enfermedad en particular, sino sujetos que anticipan un número ilimitado e indefinido de enfermedades posibles en su descendencia.

Para Morel y sus seguidores, los anormales llevan inscrita en sus cuerpos su propia inviabilidad. “La herencia es el vehículo de transmisión progresiva de toda forma de degeneración adquirida a lo largo de cuatro generaciones, hasta la esterilidad de esta última” (Serpa, 2006). A partir de árboles genealógicos contruidos para determinar el carácter hereditario de los degenerados, a partir de una preocupación centrada en las anomalías hereditarias, la psiquiatría delimitará un nuevo campo de acción y construirá nuevas estrategias de poder. “En efecto, desde el momento en que la psiquiatría adquiere la posibilidad de relacionar cualquier desvío, irregularidad, retardo, a un estado de degeneración, de allí en más conquistará una posibilidad de ingerencia indefinida sobre los comportamientos humanos” (Foucault, 1999, p. 298).

Esa estrategia biopolítica no tiene el objetivo de curar o de normalizar los desvíos; su objetivo principal es anticipar la emergencia del peligro. Con esa finalidad será construido un instrumento médico-político capaz de controlar la gran familia de los degenerados y, al mismo tiempo, a las poblaciones y razas consideradas peligrosas, me refiero al conjunto de estrategias higiénicas y eugénicas que surgen y se consolidan en los siglos XIX y XX, con el objetivo prioritario de controlar las familias anormales.

Pero la preocupación con la herencia patógena no estaba desvinculada de las intervenciones relacionadas a los espacios o al modo de vida de las clases populares, consideradas potencialmente peligrosas. Aunque la herencia se consideraba la primera causa de degeneración, convivía con

otro elemento causal al que se atribuía una importancia fundamental: el medio externo. Este, como afirma Serpa (2006), “mantenía una relación estrecha con la herencia en la serie causal de la degeneración. Eso era posible porque la herencia de los caracteres adquiridos, marca dejada por la teoría de Lamarck en el naturalismo francés de la época, no era cuestionada”. Así, tanto los individuos anormales y sus familias como las clases populares o las diversas razas consideradas como desvío del tipo originario pasaron a ser objeto de estrategias de control más o menos semejantes, reforzándose una “tecnología eugénica para el problema de la herencia, preocupada por la purificación de la raza y la corrección del sistema instintivo de los hombres” (Foucault, 1999, p. 124).

El degenerado era considerado, casi sin excepción, un sujeto incurable. De modo que no será en la terapéutica, sino en la prevención, que psiquiatras e higienistas concentrarán sus esfuerzos. Por esa razón, la teoría de la degeneración “al mismo tiempo legitimó la eugenesia de Gobineau y de sus herederos racistas y dejó como herencia los tests de aptitud para el matrimonio, con la creación del certificado de salud prenupcial” (Cartron, 2000, p. 30).

El objetivo de los estudios dedicados a la degeneración no fue terapéutico, sino administrativo, pues su tarea era la gestión de los cuerpos y de las poblaciones consideradas anormales. Eso creaba un poder casi absoluto de gestión biopolítica: a partir de ese momento la psiquiatría podría abrir, “como dominio de ingerencia posible, como dominio de sus valoraciones sintomatológicas, el espacio completo de todas las conductas posibles” (Foucault, 1999, p. 148). De ese modo, Morel consiguió “transponer el abismo que separaba a los alienistas del resto de la medicina. La aplicación de la teoría de la degeneración para la comprensión de la locura permitió que las intervenciones de los alienistas saliesen de los muros de los asilos, teniendo por misión principal ‘higienizar’ el tejido social y moralizar las masas” (Serpa, 2006, p. 129).

Así, en virtud de la desaparición del privilegio que, hasta entonces, la psiquiatría concedía a la locura, veremos que “no existirá más nada, finalmente, en la conducta del hombre que no pueda ser, de un modo u otro, cuestionado psiquiátricamente” (Foucault, 1999, p. 148). Dicho de otro modo, fue en virtud del proceso de desalienación de la psiquiatría, posibilitado por la expansión de la teoría de la degeneración, que toda y cualquier conducta pasó a ser pasible de intervención médico-psiquiátrica.

La construcción de una teoría general de la degeneración, que comenzó con Morel y se mantuvo por más de medio siglo, sirvió como cuadro teórico, al mismo tiempo en que sirvió como justificativa social y moral para el surgimiento de un conjunto

de técnicas de referencia, clasificación e intervención sobre los anormales. (Foucault, 1999, p. 311)

Esa psiquiatría ampliada, esa medicalización de las conductas, de los sufrimientos y de los desvíos aparece inicialmente esbozada en la indisoluble articulación que Cabanis establece entre las condiciones físicas y morales del hombre. Conservando esa duplicidad físico-moral, Morel define las características de la degeneración recurriendo a una concepción metafísica de la normalidad y el desvío. Por esa razón, el concepto de degeneración ingresará a la psiquiatría como un saber legítimo y consolidado, a partir de los estudios de Magnan y sus seguidores. Emil Kraepelin, por su parte, retomará el discurso de los degeneracionistas en diversos textos, permitiendo que muchas de las tesis defendidas por Morel y Magnan reaparezcan, aunque transformadas, en la psiquiatría moderna. En ese momento, el viejo discurso sobre la degeneración perderá todos los elementos metafísicos presentes en Morel, y los cuadros bizarros definidos por Magnan, para introducirse como marco legitimador de muchas de las certezas de la psiquiatría moderna.

Poco a poco, el concepto de degeneración será sustituido por referencias a constituciones psíquicas o predisposiciones hereditarias. La psiquiatría moderna, iniciada con Kraepelin, utilizará otros instrumentos analíticos además de la enumeración de patologías mentales presentes en las familias de los alienados, entre ellos las estadísticas psiquiátricas, los estudios comparativos entre territorios distantes, el uso de la farmacopsiquiatría y la psiquiatría preventiva. Más tarde, los discípulos de Kraepelin depositarán sus esperanzas en los estudios genéticos, buscando las pruebas que permitan comprobar el carácter hereditario de las patologías mentales que tanto le preocupara a los degeneracionistas.

Así, la transformación epistemológica que permitió, en la segunda mitad del siglo XIX, que la psiquiatría pudiera expandir su campo de intervención para la casi totalidad de los asuntos humanos, parece persistir, aunque profundamente transfigurada, en los actuales esfuerzos para consolidar una psiquiatría ampliada capaz de medicalizar conductas y sufrimientos cotidianos.

Del Tratamiento Moral a la psiquiatría ampliada

*La locura objeto de mis estudios, era hasta ahora una
isla perdida en el océano de la razón; empiezo a sospe-
char que es un continente.*

Machado de Assis, *El Alienista*

Bajo el título de *El poder psiquiátrico* (Foucault, 2003), la editorial Gallimard publicó en 2003 la transcripción del curso dictado por Foucault en el *Collège de France* entre el 7 de noviembre de 1973 y el 6 de febrero de 1974). En ese curso Foucault retoma la problemática de la locura bajo una perspectiva completamente diferente de aquella que, diez años antes, articulara la *Historia de la locura en la época clásica* (Foucault, 1961). Pretendo analizar de qué modo ese texto se vincula, por un lado, a las tesis enunciadas en la *Historia de la locura* y en *El nacimiento de la clínica* (Foucault, 1987) y, por otro, a las tesis enunciadas en *Vigilar y castigar* (Foucault, 1979) y en los textos dedicados a la biopolítica (Foucault, 1978; 1997; 2004).

El poder psiquiátrico está en el punto de articulación de las problemáticas arqueológicas abordadas en *Historia de la locura*, *El nacimiento de la clínica* y *Las palabras y las cosas* (Foucault, 1983). Transita por los saberes relacionados a la locura, pero también por la anatomopatología, la clínica y las ciencias humanas. Allí, Foucault analiza de qué modo el estudio del poder psiquiátrico permite dar continuidad y articular las tesis enunciadas en los textos arqueológicos anteriores, fundamentalmente en *Historia de la locura* y *El nacimiento de la clínica*. Pero, al mismo tiempo, ese texto representa una novedad en relación a los estudios anteriores. Como veremos, Foucault ya no habla solamente de saberes, sino también de poderes. Es esa nueva preocupación, propia de los estudios genealógicos, la articulación entre saber, verdad y poder, lo que marcará la distancia entre ese texto y los estudios anteriormente dedicados a la locura y al saber médico.

Deberemos entonces dar un paso más: analizar de qué modo *El poder psiquiátrico* se inscribe en el campo de estudios foucaultianos que se

inaugura con *Vigilar y castigar* y con *La voluntad de saber*, para comprender la articulación entre poder psiquiátrico y los biopoderes analizados en el último capítulo de la *Historia de la sexualidad I*, y en los cursos “En defensa de la sociedad” (1997) y “Seguridad, territorio y población” (2004). Entonces, será necesario interrogar ese curso bajo dos perspectivas: una primera perspectiva referida a las continuidades y diferencias con el saber médico y otra que permita repensar las tesis enunciadas en ese curso a partir de los conceptos de riesgo, normalidad, prevención y seguridad asociados a la biopolítica de la población (Foucault, 1978; 1997; 2004; 2005).

De la locura como representación al poder psiquiátrico

Parece que la mayor diferencia existente entre *Historia de la locura en la época clásica* y el curso de los años 73 y 74, está en sus objetos de estudio. En el primer caso, se trataba de estudiar la representación de la locura como fenómeno histórico y social, analizada desde el punto de vista de las percepciones sociales. Foucault dirá que en aquel momento intentó “estudiar fundamentalmente las imágenes que fueron hechas sobre la locura en el siglo XVII y XVIII” (Foucault, 2003, p. 12). En el segundo caso, ya no se trata de analizar la percepción de la locura, sino los discursos, las ciencias, los juegos de poder y verdad que tomaron por objeto la locura. Mientras en 1961 Foucault insistía sobre la cuestión del encierro asilar y la violencia, en 1974 su preocupación será otra: analizar el modo como se establecen y circulan las relaciones de poder dentro de ese espacio médico que es el psiquiátrico. Más que analizar “las imágenes construidas en torno de la figura de la locura en los siglos XVII y XVIII, los temores que ellas suscitaron, los saberes que se formaron a partir de los modelos botánicos, naturalistas o médicos” (Foucault, 2003, p. 25), en el curso del *Collège de France*, Foucault busca estudiar los modos como se articulan saber, verdad y poder con ese fenómeno ambiguo al que llamamos “locura”.

En *El poder psiquiátrico*, Foucault se propone responder a la siguiente pregunta: “¿En qué medida un dispositivo de poder puede ser productor de cierto número de enunciados y de discursos, así como de las formas de representación que puedan surgir de allí?” (Foucault, 2003, p. 14). Entonces, los dispositivos de poder pasan a ser visualizados y analizados como instancias de producción de las prácticas discursivas. La interrogación se desplaza de las representaciones para los dispositivos de poder y para los juegos de verdad que se tejieron en torno a la locura y al saber psiquiátrico.

En el momento en que Foucault ofrece ese curso, también se dedica a la investigación y al desarrollo de un nuevo libro que aparecerá pocos años después: *Vigilar y castigar*. Como se sabe, este texto inaugura un nuevo modo de entender la historia de las ideas. Nuevos temas y nuevos problemas empiezan a ser abordados: poder disciplinar, normalización, articulación entre verdad y poder, estrategias y tácticas de control del tiempo y del espacio. En esa etapa genealógica, el interés por las “epistemes” se desplaza para un interés cada vez mayor por los “diagramas de poder”.

El curso del 73-74 pone en evidencia las nuevas preocupaciones de Foucault: la relación entre espacio disciplinar y espacio asilar; el estudio de las diferentes formas que adopta el poder disciplinar en la policía, en el hospital y en la escuela; la disciplina como instancia de normalización; la constitución del individuo por la tecnología disciplinar; la microfísica del poder asilar; la descripción del panóptico de Bentham. En ese curso es posible reencontrar uno a uno, todos los temas que articulan *Vigilar y castigar* (Foucault, 1979), solo que ya no se trata de analizar la institución penal ni, en sentido estricto, la institución psiquiátrica, sino de reproblematicar y dar continuidad a dos antiguas preocupaciones de Foucault: el hospital y la clínica, por un lado; el psiquiátrico y la psiquiatría, por otro.

Así, *El poder psiquiátrico* permite dar continuidad a la *Historia de la locura* y a *El Nacimiento de la clínica* y, al mismo tiempo, posibilita una aproximación y una articulación entre estos dos textos. Muestra la dificultad en desvincular la historia de la psiquiatría de la historia de la medicina. Aunque la medicina y la psiquiatría tengan prácticas, modos de observar y de diagnosticar absolutamente diferentes, es en relación a la primera que la psiquiatría encuentra su legitimidad y su prestigio:

Tendemos a pensar que la psiquiatría aparece por primera vez como una especialidad en el interior del dominio médico (...). Sin embargo, entre los fundadores de la psiquiatría, la operación médica que realizan cuando tratan a un paciente, no tiene en su morfología o en su disposición general prácticamente nada que ver con aquello que se está transformando en la experiencia, en la actividad diagnóstica y en el proceso terapéutico de la medicina. Sus procedimientos son absolutamente irreductibles a los de la medicina. (Foucault, 2003, p. 13-14)

Sin embargo, es solo por su relación con el hospital, con la anatomopatología y con *El nacimiento de la clínica* que puede ser comprendido el discurso psiquiátrico: “Es esa heterogeneidad la que va a marcar la historia de la psiquiatría” (Foucault, 2003, p.13-14).