

La fuerza del loco



Por Michel Foucault

¿Cómo se presenta la instancia del poder disimétrico y no limitado que atraviesa y anima el orden universal del asilo? Aquí tenemos cómo se presenta en el texto de Fodéré, el *Traité du délire*, que data de 1817: “Un hermoso físico, es decir, un físico noble y varonil, es acaso una de las primeras condiciones para tener éxito en nuestra profesión; es indispensable, sobre todo, frente a los locos, para imponérseles. Cabellos castaños o encanecidos por la edad, ojos vivaces, un continente orgulloso, miembros y pecho demostrativos de fuerza y salud, rasgos destacados, una voz fuerte y expresiva: tales son las formas que, en general, surten un gran efecto sobre individuos que se creen por encima de todos los demás. El espíritu, sin duda, es el regulador del cuerpo; pero no se lo advierte de inmediato y requiere las formas exteriores para arrastrar a la multitud”.

Como ven, el personaje mismo va a funcionar desde la primera mirada. Pero en esa primera mirada a partir de la cual se entabla la relación psiquiátrica, el médico es en esencia un cuerpo, más precisamente es un físico, una caracterización determinada, una morfología determinada, bien definida. Y esa presencia física, que actúa como cláusula de disimetría absoluta en el orden regular del asilo, hace que éste no sea, como dirían los psicólogos, una institución que funciona de acuerdo con reglas; en realidad, es un campo polarizado por una disimetría esencial del poder, que toma su forma, su figura, su inscripción física en el cuerpo mismo del médico.

Pero ese poder del médico, por supuesto, no es el único que se ejerce, pues en el asilo, como en todas partes, el poder no es nunca lo que alguien tiene y tampoco lo que emana de alguien. El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etcétera. El poder puede empezar a funcionar en ese sistema de diferencias, que será preciso analizar.

En consecuencia, alrededor del médico tenemos toda una serie de relevos. En primer lugar, los vigilantes, a quien Fodéré reserva la tarea de informar sobre los enfermos, ser la mirada no armada, no erudita, una especie de canal óptico a través del cual va a funcionar la mirada erudita, es decir, la mirada objetiva del propio psiquiatra. Esa mirada de relevo, a cargo de los vigilantes, también debe recaer sobre los sirvientes, esto es, los poseedores del último eslabón de la autoridad. El vigilante, entonces, es a la vez el amo de los últimos amos y aquel cuyo discurso, la mirada, las observaciones y los informes deben permitir la constitución del saber médico. ¿Quiénes son los vigilantes? ¿Cómo deben ser?

“En un vigilante de insensatos es menester buscar una contextura corporal bien proporcionada, músculos llenos de fuerza y vigor, un continente orgulloso e intrépido cuando llegue el caso, una voz cuyo tono, de ser necesario, sea fulminante; además, el vigilante debe ser de una probidad severa, de costumbres puras, de una firmeza compatible con formas suaves y persuasivas (...) y de una docilidad absoluta a las órdenes del médico.” (Fodéré, op. cit.)

Para terminar paso por alto unos cuantos relevos, la última etapa está constituida por los sirvientes, que poseen un muy curioso poder. En efecto, el sirviente es el último relevo de esa red, de esa diferencia de potencial que recorre el asilo a partir del poder del médico; es, por lo tanto, el poder de abajo. Pero no está simplemente abajo por ser el último escalón de esa jerarquía; también está abajo porque debe estar debajo del enfermo. No debe ponerse tanto al servicio de los vigilantes que están por encima de él como al servicio de los propios enfermos, y en esa posición de servicio de los enfermos no deben hacer, en

realidad, más que el simulacro de dicho servicio. En apariencia obedecen sus órdenes, los asisten en sus necesidades materiales, pero de tal manera que, por una parte, el comportamiento de los enfermos pueda ser observado desde atrás, desde abajo, en el nivel de las órdenes que pueden dar, en vez de ser mirados desde arriba, como lo hacen los vigilantes y los médicos.

Campo de batalla

Tenemos por lo tanto este sistema de poder que funciona dentro del asilo y tuerce el sistema reglamentario general, sistema de poder asegurado por una multiplicidad, una dispersión, un sistema de diferencias y jerarquías, pero más precisamente aún por lo que podríamos llamar una disposición táctica en la cual los distintos individuos ocupan un sitio determinado y cumplen una serie de funciones específicas. Como ven, se trata de un funcionamiento táctico del poder o, mejor, esa disposición táctica permite el ejercicio del poder.

Para que el poder se despliegue con tanta astucia o, mejor dicho, para que el universo reglamentario sea recorrido por esa especie de relevos de poder que lo falsean y distorsionan, pues bien, puede decirse con mucha verosimilitud que en el corazón mismo de ese espacio hay un poder amenazante que es preciso dominar o vencer. En otras palabras, si llegamos a una disposición táctica semejante, es sin duda porque el problema, antes de ser o, más bien, para poder ser el problema del conocimiento, de la verdad de la enfermedad y de su curación, debe ser un problema de victoria. En este asilo se organiza entonces, efectivamente, un campo de batalla.

Y bien, a quien debe dominarse es, por supuesto, al loco. Hace un momento cité la curiosa definición del loco dada por Fodéré, para quien el loco es quien se cree “por encima de los otros”. De hecho, así aparece efectivamente el loco dentro del discurso y la práctica psiquiátricos de principios del siglo XIX, y así encontramos ese gran punto de inflexión, ese gran clivaje, la desaparición del criterio del error para la definición, para la atribución de la locura.

Hasta fines del siglo XVIII, en términos generales, decir que alguien era loco, atribuirle locura, siempre era decir que se engañaba, en qué sentido, sobre qué punto, de qué manera, hasta qué límite se engañaba; en el fondo, lo que caracterizaba a la locura era el sistema de creencia. Ahora bien, a principios del siglo XIX vemos aparecer de manera muy repentina un criterio de reconocimiento y atribución de la locura que es absolutamente distinto; lo que caracteriza al loco, el elemento por el cual se le atribuye la locura a partir de comienzos del siglo XIX, digamos que es la insurrección de la fuerza, el hecho de que en él se desencadena cierta fuerza, no dominada y quizás indomitable.

(...)

Y la primera gran distribución de esa práctica asilar a principios del siglo XIX retranscribe con mucha exactitud lo que pasa en el interior mismo del asilo, es decir, el hecho de que ya no se trata en absoluto de reconocer el error del loco, sino de situar con toda precisión el punto en que la fuerza desatada de la locura lanza su insurrección: cuál es el punto, cuál es el ámbito, con respecto a qué va a aparecer y desencadenarse la fuerza para trastornar por completo el comportamiento del individuo.

Y así encontramos en Pinel esa definición muy simple pero fundamental, creo, de la terapéutica psiquiátrica, definición que no constaremos antes de esa época a pesar del carácter rústico y bárbaro que puede presentar. La terapéutica de la locura es “el arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas” (Philippe Pinel, *Traité médicophilosophique*).

Por eso, en definitiva, en esta protopráctica psiquiátrica encontramos escenas y una batalla como acto terapéutico fundamental.

Noche de prueba

En la psiquiatría de la época vemos distinguirse con mucha claridad dos tipos de intervenciones. Una que, durante el primer tercio del siglo XIX, es objeto de una descalificación constante y regular: la práctica propiamente médica o medicamentosa. Y además constatamos, en contraste, el desarrollo de una práctica que se denomina “tratamiento moral”, definido en primer lugar por los ingleses, esencialmente por Haslan, y muy pronto adoptada en Francia.

Y este tratamiento moral no es en absoluto, como podría imaginarse, una especie de proceso de largo aliento que tenga esencialmente como función primera y última poner de manifiesto la verdad de la locura, poder observarla, describirla, diagnosticarla y, a partir de ello, definir la terapia. La operación terapéutica que se formula en esos años, entre 1810 y 1830, es una escena: una escena de enfrentamiento.

La escena de la curación es una escena compleja. He aquí un ejemplo famoso del *Traité médicophilosophique* de Pinel. Se refiere a un hombre joven “dominado por prejuicios religiosos” y que creía que, para asegurarse la salvación, debía “imitar las abstinencias y mortificaciones de los antiguos anacoretas”, es decir, negarse no sólo todos los placeres de la carne, desde luego, sino también toda alimentación. Y resulta que un día rechaza con más dureza que de costumbre una sopa que le sirven: “El ciudadano Pussin se presenta al anochecer en la puerta de su celda, con un aparato (‘aparato’ en el sentido del teatro clásico, claro está; M. F.) digno de espanto, los ojos inyectados, un tono de voz aterrador, un grupo de servidores apiñados a su alrededor y armados con cadenas que agitan con estrépito; se pone un plato de sopa frente a él y se lo intima con la orden más precisa a tomarla durante la noche si no quiere sufrir los tratamientos más crueles; el personal se retira y se lo deja en el más penoso estado de vacilación, entre la idea del castigo que lo amenaza y la perspectiva pavorosa de los tormentos de la otra vida. Luego de un combate de varias horas se impone la primera idea y el enfermo decide tomar su alimento. Se lo somete a continuación a un régimen apto para restaurarlo; el sueño y las fuerzas vuelven por etapas, así como el uso de la razón, y él escapa de este modo a una muerte segura. Durante su convalecencia me confiesa a menudo sus agitaciones crueles y sus perplejidades a lo largo de la noche de la prueba”.

Tenemos aquí una escena que, a mi entender, es muy importante en su morfología general. En primer lugar, como ven, la operación terapéutica no pasa en modo alguno por el reconocimiento, efectuado por el médico, de las causas de la enfermedad. Para que su operación tenga buenos resultados, el médico no requiere ningún trabajo diagnóstico o nosográfico, ningún discurso de verdad.

Segundo, es una operación cuya importancia radica en que no se trata de ninguna manera, en un caso como éste y en todos los casos similares, de aplicar una receta técnica médica a algo que se considere como un proceso o comportamiento patológico; se trata del enfrentamiento de dos voluntades: la del médico y de quien lo representa, por un lado, y la del enfermo, por otro. Por lo tanto, se entabla una batalla y se establece una relación de fuerza determinada.

Tercero, el primer efecto de esa relación de fuerza consiste, en cierto modo, en suscitar una segunda relación de fuerza dentro mismo del enfermo, pues la cuestión está en generar un conflicto entre la idea fija a la cual él se ha aferrado y el temor al castigo: un combate que provoca otro. Y ambos deben, cuando la escena tiene un buen final, remitir a una victoria, la victoria de una idea sobre otra, que debe ser al mismo tiempo la victoria de la voluntad del médico sobre la del enfermo.

Cuarto, lo importante en esta escena es que sobreviene efectivamente un momento en que la verdad sale a la luz: el momento en que el enfermo reconoce que su creencia en la necesidad de ayunar para obtener su salvación era errónea y delirante, cuando reconoce lo ocurrido y confiesa que ha atravesado una serie de fluctuaciones, vacilaciones, tormentos. Para resumir, en esta escena en la cual hasta el momento la verdad no tuvo ningún papel, el relato mismo del enfermo constituye el momento en que ella respladece. Último punto: cuando esa verdad se ha alcanzado de tal modo, pero por conducto de la confesión y no a través de un saber médico reconstituido, en el momento concreto de la confesión, se efectúa, se cumple y se sella el proceso de curación.

Aquí tenemos entonces toda una distribución de la fuerza, el poder, del acontecimiento, de la verdad, que no es de manera alguna lo que podemos encontrar en un modelo que cabría llamar médico, y que en esa misma época estaba constituyéndose en la medicina clínica. Es posible decir que en la medicina clínica de esos días se constituía cierto modelo epistemológico de la verdad médica, de la observación, de la objetividad, que iba a permitir a la medicina inscribirse efectivamente dentro de un dominio de discurso científico en el que coincidiría, con sus modalidades propias, con la fisiología, la biología, etcétera. Suele pensarse que la psiquiatría aparece en ese momento, por primera vez, como una especialidad dentro del dominio médico.

A mi entender sin plantear aún el problema de por qué una práctica como ésta pudo verse efectivamente

como una práctica médica, por qué fue necesario que las personas encargadas de esas operaciones fueran médicos, y por lo tanto sin tener en cuenta ese problema, entre aquellos a quienes podemos considerar como los fundadores de la psiquiatría, la operación médica que llevan a cabo cuando curan no tiene, en su morfología, en su disposición general, virtualmente nada que ver con lo que está entonces en proceso de convertirse en la experiencia, la observación, la actividad diagnóstica y el proceso terapéutico de la medicina. En ese nivel y ese momento, este acontecimiento, esta escena, este procedimiento son, a mi parecer, absolutamente irreductibles a lo que ocurre en la misma época en medicina.

Será esta heterogeneidad la que marcará la historia de la psiquiatría en el momento mismo en que se funda dentro de un sistema de instituciones que, sin embargo, la asocia a la medicina.