

## Psiquiatría: un cuerpo sin alma, una clínica sin sujeto

ANDÉS MIGUEL OSSWALD

### *Introducción*

El presente trabajo se propone identificar y desplegar el concepto de naturaleza humana implicado en la práctica y en el discurso psiquiátrico. Nuestra hipótesis es que el sujeto, desde cierta corriente hegemónica de la psiquiátrica contemporánea, es subsumido bajo la categoría de objeto, es decir, tomado sólo en su condición de cuerpo fisiológico.

Esta cosificación u objetivación, es considerada desde la doble perspectiva de la Psiquiatría como teoría y como práctica. Tal reducción de la condición humana hecha sus raíces en la distinción cartesiana entre una *sustancia pensante* y una *sustancia extensa* pensada bajo el modelo del mecanicismo, que al pasar por el tamiz del positivismo, liquida el dualismo, y con ello la distinción e independencia entre sustancias, y la resuelve en una subordinación de la *sustancia pensante* a la *sustancia extensa*. En otras palabras, se reduce la conciencia<sup>1</sup> al cuerpo considerado sólo en su dimensión anatomofisiológica. En esta reducción del alma al cuerpo la consolidación del modelo de ciencia de las Ciencias Naturales en el campo de la Medicina tiene un papel central. Pero, además de ser responsable de esta operación de cosificación, el discurso médico en el campo de la enfermedad mental tiene otra consecuencia esencial en la teoría y en la práctica psiquiátrica. En efecto, si la Medicina es una ciencia y por tanto, no trata sobre lo particular sino sólo sobre lo general, la Psiquiatría como capítulo de la Medicina, no puede más que atender a la enfermedad mental desde la perspectiva de lo que se repite en todos los casos. Este procedimiento que ha aportado a la Medicina grandes adelantos en lo que respecta a la etiología y al tratamiento de las enfermedades, parece, sin embargo, no sólo insuficiente en el caso de la enfermedad mental, sino

---

<sup>1</sup> Por conciencia se entiende aquí un término genérico y no un concepto técnico, puede reemplazarse por mente, sujeto, etc.

pernicioso, al operar una desnaturalización de su condición. El gran supuesto del discurso médico-psiquiátrico en este punto reside en concebir a la enfermedad mental como una deficiencia al nivel del cuerpo anatómico. En la medida en que la constitución y funcionamiento del cuerpo bajo esta perspectiva, se mantienen relativamente constantes en todos los casos, su disfunción también debe mantenerse constante y, por tanto, puede ser objeto de indagación científica.

La disciplina psiquiátrica, por otra parte, no es sólo una teoría sobre la enfermedad mental, sino que además constituye una práctica con un dispositivo clínico determinado sobre el que tendremos también que centrar nuestra atención. Es decir, nos ocuparemos de indagar cuáles son las consecuencias prácticas de la teoría, a fin de rastrear en este campo qué idea de hombre se sostiene.

Nuestro objetivo será mostrar cómo, aun partiendo de ese elemento mínimo de la condición humana de la que nos permite hablar la Psiquiatría (vale decir, el cuerpo fisiológico) podemos plantear una idea diferente de la condición humana, al negar la articulación entre cuerpo físico y enfermedad mental. Resulta claro que todo otro intento por argumentar en contra del discurso psiquiátrico que parte de supuestos diferentes (por ejemplo que considere la enfermedad mental como un trauma psíquico), estará procediendo de manera indebida y no podrá pasar por una argumentación adecuada.

La exposición se organizará en tres secciones: un primer momento expositivo, donde se situará históricamente a la disciplina con la intención de dar cuenta del concepto y la etiología de la enfermedad mental (punto 1). En un segundo momento, se procederá a un análisis de lo expuesto primero a fin de determinar la idea de hombre que allí está implicada (punto 2). Finalmente, discutiremos la idea de hombre en psiquiatría, tanto en su aspecto teórico como práctico, a partir de la obra de Maurice Merleau-Ponty (punto 3).

Con respecto a la selección bibliográfica, puesto que la Psiquiatría tiene una larga historia y no es este un trabajo de análisis histórico, hemos elegido como material de consulta manuales de Psiquiatría universalmente reconocidos y que se utilizan en la actualidad tanto para el diagnóstico (tal es el caso del primero que mencionamos) como material de consulta: en primer lugar el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV* (de aquí en más DSM-IV, por sus siglas en inglés) de la

*American Psychiatric Association* y el *Tratado de Psiquiatría* de Henry Ey, P. Bernard y Ch. Brisset. Con respecto a los autores filosóficos, tomaremos al *Tratado del hombre* de Rene Descartes y la *Fenomenología de la percepción* de Maurice Merleau-Ponty. Junto a estos textos principales, recurrimos a otras obras citadas en la *Bibliografía*.

### *1. La Psiquiatría en su estado actual*

En este apartado nos proponemos hacer una breve introducción a la historia de la Psiquiatría (punto 1.1), a fin de situar la noción de enfermedad mental, tomada del DSM IV (punto 1.2), así como dar cuenta de su descripción y etiología (punto 1.3).

#### *1.1. Los tres paradigmas psiquiátricos*

Se trata aquí de señalar brevemente cuáles han sido los principales movimientos dentro del campo de la Psiquiatría. Para Lanteri-Laura (Conti, 2006) pueden distinguirse tres paradigmas fundamentales: el de la *alienación mental*, el de las *enfermedades mentales* y el de *las grandes estructuras psicopatológicas*. Podría hablarse, además, de un cuarto paradigma, a partir de la difusión del DSM IV.

El paradigma de la *alienación mental* corresponde al pasaje de la noción social y cultural de “locura” al concepto médico de “alienación mental”, que se produce hacia fines del siglo XVIII. Se trata del movimiento fundacional de la Psiquiatría, pues introduce la noción de “locura” en el campo de la Medicina con lo que pasa a ser considerada una enfermedad. Esto permite, en la práctica, sustraer a los enfermos mentales de los dispositivos judiciales y policiales para ubicarla en el plano de la asistencia médica. La alienación mental se convierte así en objeto de una especialidad autónoma, cuyas manifestaciones no constituyen enfermedades irreductibles sino simples variedades que incluso pueden sucederse en el mismo paciente. Lo que se destaca aquí es el singular de “*la*” alienación mental. Como práctica psiquiátrica, se propone, para todos los casos, un *tratamiento moral*, que hace referencia a lo que hoy en día podríamos llamar tratamiento psicológico, no desprovisto, con todo, de cierto contenido ideológico-moral. En este período surge la internación como parte esencial

del tratamiento. El supuesto de este procedimiento reside en que la separación del enfermo del contexto patógeno en el que su enfermedad había tendido lugar, posibilitaría la curación. El asilo encarnaría un ambiente enteramente racional que podría devolverle el buen juicio al alienado. Como principales representantes de esta escuela, debemos mencionar a Philippe Pinel, padre de la Psiquiatría, y a su aplicado discípulo Esquirol.

La crisis<sup>2</sup> del paradigma de la alienación mental puede ubicarse hacia mediados del siglo XIX a partir de la obra de J. P. Falret, quien sostuvo que, lejos de tratarse de una enfermedad única, la patología mental se componía de una serie de especies mórbidas. El trabajo de Falret implicó el abandono de la noción de alienación mental y sentó las bases sobre la que se construye el paradigma de “*las*” *enfermedades mentales*. La nueva perspectiva pondrá el acento en la semiología y en la observación clínica del paciente, ya que al multiplicarse las entidades mórbidas se vuelve crucial la evaluación diagnóstica (en el paradigma anterior bastaba con distinguir a la enfermedad mental de otras del campo de la medicina). Paralelamente a la preocupación por la semiología de la enfermedad, es decir, el estudio de los signos que el psiquiatra debe buscar para identificar tal o cual enfermedad, se desarrollaron grandes estudios nosográficos.

Este paradigma entra en crisis cuando la multiplicación de especies mórbidas, producto de la minuciosa observación, redundaba en un corpus psicopatológico difícil de controlar. Es el momento también en que surge el cuestionamiento a la teoría de la localización cerebral, en donde estaba depositada la esperanza de anclar las enfermedades mentales en una etiología certera. Pero, fundamentalmente, será el surgimiento de la obra de Sigmund Freud (1856-1939) y su incidencia en psiquiatras como Eugen Bleuler (1857-1939), lo que constituirán las bases para el nacimiento del tercer paradigma en Psiquiatría. Se trata del momento en que un conjunto de conceptos de origen filosófico, así como autores de importante formación filosófica se impondrán en el campo de la Psiquiatría. En este sentido, la Psicopatología, es decir, la disciplina teórica que se ocupa de estudiar a las enfermedades mentales, cobrará relevancia por sobre la Psiquiatría clínica. Esta última pasa a ser comprendida, en tanto que disciplina

---

<sup>2</sup> Las nociones de “paradigma” y “crisis” refieren a la obra de Thomas S. Kuhn y son aplicadas a la historia de la Psiquiatría por Lanteri-Laura.

médica, como una tarea inevitable pero menor, demasiado ceñida a los hechos, y por ello, carente de amplitud explicativa y desprovista de intereses antropológicos.

Entre los principales representantes de este período podemos mencionar en Francia a Theodore Ribot (1839-1916) quien sienta las bases para extender a la comprensión de la normalidad el estudio de la patología mental y a su discípulo; a Pierre Janet (1851-1947), quien fundará la escuela de la *psicopatología dinámica*, al introducir la noción de estructuración evolutiva del aparato psíquico. Se destaca, finalmente, la figura de Henri Ey, quizás el más célebre representante de esta escuela en Francia. En Alemania, la figura más destacada será la de Karl Jaspers (1883-1969), quien junto con el suizo Bleuler completan el cuadro de los grandes nombres de este paradigma.

El paradigma de las grandes estructuras patológicas se extiende desde mediados de la década de 1920 hasta 1977, año en que se produce la muerte de Henry Ey. Su modelo órgano-dinámico constituirá el último esfuerzo por dar lugar a un sistema que de razón a la Psiquiatría en su totalidad. Esta referencia a la noción de sistema o estructura guarda íntima filiación con la concepción de estructura de la Psicología de la Gestalt, así como los desarrollos en este sentido de la Fenomenología. Se trata, para estos autores, de vincular toda esa maraña nosológica heredada de la tradición al concebirla como expresión de un todo estructural. Es decir, el síndrome mental no es una simple asociación de síntomas, sino la expresión de una modificación profunda de la personalidad humana entera. Se trata de poner en primer plano, no tanto los aspectos psíquicos o somáticos de la enfermedad, sino la modificación subyacente a la personalidad humana.

La crisis del paradigma estructural se debe en parte a lo abusivo de la utilización del concepto de estructura, que al ganar amplitud, perdió precisión, pero fundamentalmente al surgimiento y a la introducción de los psicofármacos así como a la diversidad de dispositivos psicoterapéuticos (psiquiatría dinámica, conductismo, psicoanálisis, terapia sistémica, terapia cognitiva-comportamental, para mencionar a las de mayor difusión). En este sentido, ha habido una dispersión que no se ha resuelto con la imposición de una teoría sobre otra y en este contexto se ha generalizado, *de facto*, el DSM como nuevo punto de referencia. No está claro, con todo, si estos son elementos suficientes para hablar del advenimiento de un nuevo paradigma en sentido estricto. A

nuestro entender, existe si no una nueva escuela, sí un modo de encarar la clínica que combina la nosología del DSM con la psicofarmacología que está muy extendida.<sup>3</sup>

### *1.2 El concepto de enfermedad mental*

La Psiquiatría es un discurso acerca de la enfermedad mental. Su preocupación por la condición humana no es, por tanto, sino sólo tangencial e implícita. Nuestra tarea será de aquí en más, intentar volver explícito lo implícito en sus formulaciones, partiendo de la noción más esencial e ineludible de la teoría: el concepto de enfermedad mental. Podríamos dedicar a tal noción toda una investigación completa, rastreando sus torsiones teóricas a lo largo de las escuelas y de los autores. Sin embargo, en el presente estudio, nos interesa hacer un recorte del tema circunscribiéndolo a la concepción que sostiene la Psiquiatría que tiene vigencia en nuestros días. Siguiendo este principio de economía, restringiremos nuestro análisis al concepto de enfermedad mental tal como aparece en el DSM IV.

Aunque el concepto de enfermedad mental ha sido explícitamente reemplazado en el DSM IV por el de “trastorno mental”, queriendo desligarse con tal cambio de cierta connotación negativa ligada a la idea de “enfermedad”, nosotros lo conservaremos por considerar que la modificación terminológica es meramente cosmética. La noción de “enfermedad mental” aparece en el título de la otra gran clasificación de las enfermedades (tanto médicas como psiquiátricas), la Clasificación Internacional de las Enfermedades edición 10 (CIE 10, por sus siglas en inglés), elaborada por la Organización Mundial de la Salud, pero en realidad se habla allí no de “enfermedad mental” sino de “trastorno mental”. El concepto de enfermedad se conserva como género dentro del cual el trastorno mental es sólo una especie. El DSM IV define “trastorno mental” como:

“Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente

---

<sup>3</sup> A partir de aquí, cuando hablemos de “Psiquiatría” nos referiremos a la disciplina en este último sentido.

una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción” (V.V. A.A., 1994: 21).

Esto es, todo trastorno, para ser considerado como tal, debe estar acompañado de un malestar que le provoque al individuo deterioro en alguna de las áreas en que se desenvuelve, sea ésta social, laboral o familiar, o en el caso de los niños, el ámbito escolar. O bien implique el riesgo de perder la libertad, de sufrir, de morir o de llevarlo a la incapacidad o a la discapacidad (deterioro de una o más áreas de funcionamiento). Solamente si un problema agrupa todas estas consideraciones puede ser calificado de trastorno, si no lo hace, se lo considera meramente un comportamiento anormal.

El DSM IV, por otra parte, se desentiende explícitamente de las causas del trastorno, pues basta que el individuo se vea afectado por una disfunción comportamental, psicológica o biológica para poder ser clasificado. Es decir, toda referencia a la etiología de la afección mental queda excluida del manual en función de la carga teórica que necesariamente implica; en su lugar se procede a una descripción exhaustiva, basada en observaciones y estudios empíricos, de los fenómenos psicopatológicos, a fin de proporcionar una taxonomía objetiva y universalmente válida. El DSM IV ofrece una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en una serie de criterios con rasgos definitorios, así una sintomatología es incluida en una categoría cuando presenta una serie de rasgos que califican a esa categoría. A su vez, cada categoría se subdivide en clases y éstas en subclases.<sup>4</sup> Otra consideración importante vinculada a esta tipología reside en que, en tanto se trata de una descripción fenoménica de síntomas desprendida de una consideración sobre su etiología, la sintomatología no es la manifestación de una disfunción estructural, como lo sería para el paradigma de *las grandes estructuras*.

---

<sup>4</sup> Tomemos a modo de ejemplo la categoría “Trastornos del Estado de Ánimo”. Se subdivide en las siguientes clases: Episodios Maníacos, Episodios Depresivos, Trastorno Bipolar, Trastornos Recurrentes, Trastornos Persistentes, Otros Trastornos y Trastornos sin especificación. El episodio Maníaco tiene varias subclases: Hipomanía, Manía sin síntomas psicóticos, etc.

Lo que nos interesa señalar de esta definición es la referencia al carácter disfuncional de la enfermedad. En efecto, la enfermedad es concebida como una desviación respecto a una normalidad en el campo psicológico, biológico o comportamental. En otros términos, la enfermedad es definida como desequilibrio. Este modo de plantear las cosas ubica a la noción psiquiátrica de enfermedad dentro de una de las dos grandes modos en que, según Canguilhem, se la ha comprendido a lo largo de la historia: como resultado de la intromisión en el cuerpo de una sustancia patógena que causa el deterioro de la salud (concepción ontológica de la enfermedad) y como ruptura de la armonía entre las fuerzas implicadas en su funcionamiento (Canguilhem, 1978). Esta última concepción –la llamada dinámica, del equilibrio o de la armonía- adquirió una versión cuantitativa que a lo largo del siglo XIX se convirtió en un dogma científico generalizado. Su contenido esencial enuncia la identidad cualitativa entre los fenómenos normales y los patológicos, que son concebidos esencialmente como idénticos: la diferencia entre unos y otros es sólo cuantitativa. De esto podemos sacar dos consecuencias inmediatas: por una parte, que el estudio de lo patológico nos otorga el beneficio de examinar los mecanismos que intervienen en los procesos normales (sobre lo que volveremos en el punto 2.1), por otra parte, que resulta necesario postular una idea de normalidad, es decir, de salud (retomado en el punto 2.3 y 3.2). Por lo pronto, nos interesa preguntarnos en qué consiste esta idea de disfunción como explicación de la enfermedad mental. Esto es, debemos preguntarnos por su naturaleza y en la medida en que ella depende del modo en que se conciba su causa, indagaremos a continuación la etiología de la enfermedad mental.

### *1.3. La etiología de la enfermedad mental*

El desinterés del DSM IV por las causas de la enfermedad y consecuentemente, con la prescripción de un tratamiento, en nombre de una ingenua asepsia teórica, no debe, sin embargo, tomarse literalmente. Hay una práctica estrechamente vinculada a la nosología del DSM IV, a la que el texto responde y con la cual colabora. En efecto, la Psiquiatría no es sólo una disquisición psicopatológica, sino una terapéutica. De aquí que la teoría de los trastornos mentales responda a la elaboración de una práctica eficaz. Es decir, la Psiquiatría, como capítulo de la Medicina, es una disciplina que busca la

curación del enfermo y por curación se entiende el reestablecimiento de la salud, en particular, de la salud mental. Ahora bien, todo tratamiento implica necesariamente una consideración acerca de la naturaleza de la materia sobre la que trata. Esto incluye, además está decirlo, una indagación acerca de las causas de la enfermedad

Los primeros psiquiatras, de Philippe Pinel en adelante, identificaron en el origen del trastorno mental la incidencia de causas tanto físicas como morales. Sin embargo, tal etiología respondía más a la falta de conocimientos precisos que a la certeza científica. En efecto, ante la ausencia de una explicación precisa simplemente se procedía a implicarlas como efecto de los dos órdenes que agotaban la totalidad de los entes; decir que la alienación es producida por causas morales o físicas es no decir absolutamente nada. Esta deficiencia teórica explica, en parte, el afán descriptivo que embargó el espíritu de los pioneros de la Psiquiatría.

Será recién hacia la década de 1820, cuando A. Bayle descubra la relación causal entre cierto tipo de alienación mental y la meningitis crónica, que se abrirá un nuevo capítulo en la Psiquiatría (nosotros situamos este momento en el pasaje desde el paradigma de la *alienación mental* al de las *enfermedades mentales*), pues por primera vez pudo establecerse con precisión un lazo entre un trastorno mental y una enfermedad corporal. En los años siguientes la tendencia en este sentido se profundizará, pero el intento de situar las causas de la enfermedad al nivel de las estructuras tangibles del sistema nervioso (fundamentalmente a nivel cerebral) chocará con los límites de la ciencia.

Los psiquiatras que pueden inscribirse dentro del paradigma de las *grandes estructuras* se mostraron menos interesados por buscar en el cuerpo fisiológico la causa única de la enfermedad y emprendieron caminos alternativos, a veces muy fecundos. Tal es el caso de Henri Ey, quien advertido de las discusiones que ocuparon a los filósofos por siglos,<sup>5</sup> intenta explicar el trastorno en los términos de una desorganización del proceso de subordinación de los niveles inferiores (empezando por el organismo) en los procesos humanos superiores (que culminan con la conciencia). Lo característico de esta explicación reside en que concibe al hombre como un ser total, en tanto que lo

---

<sup>5</sup> En su monumental obra *Tratado de Psiquiatría* puede leerse, en una extensa introducción, lo esencial de los debates entorno al dualismo y al monismo, al determinismo y a la libertad, al nativismo y al empirismo, entre otros. A su vez, se intenta situar a la Psiquiatría no sólo como disciplina médica sino que se muestran sus vínculos con la Sociología, la Psicología, el Psicoanálisis y la Filosofía.

fisiológico y lo psíquico se reintegran en una función adaptativa. Correlativamente, la Psiquiatría guarda una íntima vinculación con la Psicología y la Neurología, pero no se confunde con ellas. En este sentido, afirma el autor:

“No hay que confundir la Psiquiatría, patología de la vida en relación, con la Psicología (que tiene por objeto la organización y el sistema relacional del individuo normal en su medio), ni con la Neurología (que tiene por objeto la patología de la vida de relación instrumental, la de las vías y centros de la psicomotricidad constituyentes de los subsistemas funcionales)” (Ey, Bernard, Brisset, 1980: 59).

Pero, en la medida en que los medios técnicos permitieron un conocimiento más preciso de los procesos bioquímico del Sistema Nervioso, el programa que había quedado trunco casi un siglo atrás fue revitalizado. Así, la etiología de la enfermedad mental pasó a depender nuevamente de una causalidad vinculada al cuerpo anatómico, planteado ahora en términos mucho más sutiles. Las Neurociencias<sup>6</sup> reemplazaron a la Anatomía como referencia científica. Bajo esta perspectiva, el paradigma de *las grandes estructuras* no fue sino un largo *impasse* teórico, que vino a ubicarse en ese intersticio que la ciencia natural había dejado abierto.

Para finalizar, tomemos, a modo de ejemplo, una muestra de cómo operan este tipo de explicaciones. La siguiente descripción de la esquizofrenia puede leerse en el conocido manual de Neurofisiología de Bear:

“A partir de los efectos de la anfetamina se ha establecido una relación entre la DA (Dopamina) y la esquizofrenia de tipo I [caracterizada por la aparición de alucinaciones y delirios de persecución, en general, lo que se conoce como psicosis]. [...] La anfetamina aumenta la neurotransmisión en las sinapsis que utilizan catecolaminas y provoca la liberación de DA. Naturalmente, la acción estimulante normal de la anfetamina guarda cierto parecido con la esquizofrenia [...] La sobredosis de anfetaminas puede conducir a un episodio psicótico, que es prácticamente indistinguible de la esquizofrenia de tipo I. Esto sugiere que la psicosis guarda relación con un

exceso de catecolaminas en el cerebro” (Bear, M. F., Connors, B. W. y Paradiso, M. A., 1998: 428).

Las catecolaminas son hormonas que estimulan la liberación de ciertos neurotransmisores en el espacio sináptico. En este caso, la esquizofrenia encuentra su causa en un desequilibrio químico producido por una activación excesiva de los receptores neuronales de dopamina, neurotransmisor vinculado a efectos estimulantes sobre el Sistema Nervioso Central. Como resultado de esta disfunción, inducida también por el consumo de ciertas sustancias neurotóxicas como las anfetaminas o el LSD, el individuo se ve invadido por alucinaciones, delirios de grandeza, desrealización (pérdida del contacto con la realidad), entre otros síntomas. No se descarta con esto la incidencia de factores ambientales, además de la consabida predisposición genética, en el desencadenamiento de una psicosis, pero siempre son estos explicados en términos de reacciones automáticas del Sistema Nervioso. En este sentido, revítese la explicación fisiológica para el polisémico concepto de estrés, al que muchas veces se recurre, cuando ya se han agotado todos los demás artilugios teóricos.

## *2. Análisis de la teoría y la práctica psiquiátrica: el hombre como objeto*

Nos ocuparemos en este apartado de establecer la noción de sujeto que se desprende de la teoría y la práctica psiquiátrica. En este sentido, intentaremos probar que, tanto en el aspecto teórico (punto 2.1 y su apéndice, 2.2) como en el práctico (punto 2.3), el hombre aparece considerado bajo la dimensión de objeto.

### *2.1 La idea de hombre en la teoría psiquiátrica*

En primer lugar, establecimos el concepto de enfermedad mental, tal como aparece en el DSM IV (1.2). Puesto que el manual adolece de explicaciones acerca de su naturaleza y etiología, hemos reseñado brevemente algunas de las interpretaciones que

---

<sup>6</sup> Basta revisar un número actualizado de la *American Journal of Psychiatry* para advertir la enorme importancia que ha cobrado la Neurología para la Psiquiatría.

se han dado sobre este asunto en la historia de la Psiquiatría, para finalmente exponer cuáles son los desarrollos actuales en la materia (1.3). A partir de esto intentaremos aquí dar cuenta del concepto de hombre que hay allí implicado.

Cuando señalamos a qué caracterización de la enfermedad adhería el discurso Psiquiátrico (1.2), agregamos también que había en esa interpretación una afirmación de la continuidad entre lo normal y lo patológico. Es decir, que los mismos procesos que intervenían en la enfermedad eran extensivos a toda la vida humana en general. La diferencia entre un caso y otro debía buscarse en la pérdida de armonía o en la disfunción de los mecanismos. Lo que faltaba en aquel momento era una caracterización acerca de aquello a lo que nos referíamos con la palabra “disfunción”. Justamente eso es lo que ahora estamos en condiciones de aportar.

Como hemos mostrado, hay una interpretación en clave bioquímica de la enfermedad mental y por tanto, de los procesos mentales en general. En otros términos, toda actividad humana es traducida al lenguaje de la neurofisiología, lo que no sería cuestionable si con ello no se quisiera fundar la totalidad de la condición humana. Por el contrario, creemos que no hay que indagar mucho para advertir en este tipo de planteos existe una clara tendencia a explicar en términos causales los procesos que se manifiestan en la vida anímica de los sujetos. Si esto es así, estamos en condiciones de afirmar que lo que está en juego es una abierta reducción de la condición humana a su materialidad corporal, es decir, al cuerpo bajo la dimensión anatomofisiológica.

Bajo esta perspectiva, cuando en el DSM IV se sostiene que: “Cualquiera que sea su causa [de la enfermedad mental], debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica” (V.V.A.A, 1994: 21); tendremos suficientes razones para sospechar que esta enumeración no es del todo sincera, o que al menos responde a lo imperfecto del estado de la ciencia. Pues, si estamos en lo correcto, toda disfunción comportamental y psicológica no es sino la manifestación de una disfunción biológica.

La condición humana queda reducida a una simple emergencia del cuerpo fisiológico. Y es justamente el cuerpo, la materia, lo que puede y debe conservarse de la naturaleza humana dado que, en su dimensión fisiológica, tiene el dudoso privilegio de ser ese distrito de lo real que puede ser puesto bajo el microscopio del científico. Hablar del cuerpo es, entonces, hablar del hombre.

## 2.2 Bases ontológicas de la Psiquiatría

El discurso psiquiátrico aparece, entonces, vinculado a una fisiología que sólo afirma con certeza la existencia del cuerpo como fenómeno material. La fisiología echa sus raíces en el mecanicismo moderno, que con el correr de los siglos ha mudado de metáforas: los relojes y los autómatas ya resultaban demasiado imprecisos para describir los ínfimos y sutiles procesos químicos del cuerpo del anatomista. En este punto nos preguntamos cuáles han sido los orígenes de tal concepción del cuerpo.

Como se sabe, la distinción cartesiana entre una sustancia extensa y una sustancia pensante terminó por consumir una separación entre el cuerpo y el alma que ya estaba en ciernes en el pensamiento platónico y que había llegado a la modernidad por vía del cristianismo. En Descartes, la separación entre sustancias, responde, en términos de su metafísica, a la dificultad que el método de la duda encuentra para fundamentar la existencia de todo aquello que sea diferente del acto del pensamiento mismo. En este sentido, el mundo exterior que se recupera por intermediación divina no es el mismo que se había puesto entre paréntesis en un primer momento, sino que el mundo que el pensamiento devuelve a la experiencia ha sido traducido al lenguaje de las matemáticas. La cuantificación de la sustancia extensa se da, a una, con la purificación del cuerpo de todo vestigio de alma. En efecto, si ser alma es ser conciencia, y tener conciencia es poseer autoconciencia, no es posible postular que en algún cuerpo extenso ocurre tal cosa. Esto vale, naturalmente, incluso en el caso del cuerpo humano que queda también relegado a la condición de objeto para la conciencia. Una muestra clara de esta tendencia a la cosificación del cuerpo la encontramos en *El tratado del hombre*, donde Descartes propone a sus lectores un experimento mental: invita a pensar al cuerpo como si se tratara de un autómata. Es decir, separado del alma (que junto al cuerpo, constituyen al hombre), con el objeto de estudiar sus funciones en clave mecanicista. Afirma al respecto:

“Deseo, digo, que sean consideradas todas estas funciones [hace referencia a una larga enumeración de funciones corporales, donde se incluyen la memoria y las pasiones] consideradas sólo como consecuencia natural de la

disposición de los órganos en esta máquina; sucede lo mismo, ni más ni menos, que con los movimientos de un reloj de pared u otra autómatas, pues todo acontece en virtud de la disposición de sus contrapesos y de sus ruedas. Por ello, no debemos concebir en esta máquina alma vegetativa alguna o sensitiva alguna, ni otro principio de movimiento y de vida. Todo puede ser explicado en virtud de su sangre y de los espíritus de la misma agitados por el calor del fuego que arde continuamente en su corazón y cuya naturaleza no difiere de la de otros fuegos que se registran en los cuerpos inanimados” (Descartes, 1990: 109-110).

En primer lugar, resulta evidente la intención de Descartes de separar su planteo de la concepción del cuerpo que había sido sostenida durante siglos por la tradición aristotélica. Se obtiene, por medio de este procedimiento, un cuerpo material purificado de todo animismo, listo para ponerse bajo la inspección de la ciencia. Si esto, a su vez, lo vinculamos con la cuantificación matemática de la sustancia extensa, tenemos ya dados todos los elementos para fundar a la fisiología como disciplina empírica y objetiva. Por otra parte, el alma queda resguardada del cuerpo, como objeto de la meditación filosófica. Alma de cuya evidencia no sólo no se discute, sino que es considerada como principio axiomático de toda indagación.

La relación entre el alma y el cuerpo se invertirá siglos más tarde cuando el positivismo ponga de cabeza toda la ontología moderna. En efecto, el positivismo es un intento por atenerse a lo que se da como efectivo y para estos autores, ello equivale, exclusivamente, lo observable según el dispositivo de experimentación y comprobación empírica.<sup>7</sup> Siguiendo estos principios, el modelo de las Ciencias de la Naturaleza se extenderá por sobre las Ciencias del Espíritu. Ahora bien ¿Cuál es el género de entes que califica, no sólo como susceptible de indagación científica, sino incluso como existente? Se trata, naturalmente, de los entes físicos dotados de existencia material. Se afirma, entonces, una ontología materialista que niega el dualismo y absorbe al alma en el cuerpo. A partir de este momento, todo lo que para los modernos era una evidencia

---

<sup>7</sup> No interesa aquí distinguir y problematizar qué se entiende por positivismo, pues, en efecto, varias escuelas de tendencias muy diversas pueden agruparse bajo este término. En nuestro contexto, nos atenemos a la versión de ciencia positiva que tuvo influencia en las escuelas psicológicas y psiquiátricas hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

indudable pasa a ser profundamente oscuro e inasible y a la inversa, todo lo que era puesto entre paréntesis como dudoso, lo más evidente.

Es en este decurso de la ontología donde debemos ubicar la apuesta de la Psiquiatría. En efecto, los redactores del DSM IV parecen advertidos de los peligros de una recuperación indebida del dualismo en la noción de “trastorno mental” y señalan contra él que: “Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos»” (V.V.A.A., 1994: 21). Aun tomando las precauciones ya mencionadas acerca del valor positivo de términos como “mental” o “psíquico” en este contexto (2.1), parece haber aquí un intento de superación del reduccionismo, sea este del signo que sea, a través de un reconocimiento de la necesaria interacción entre la esfera corporal y mental. Con respecto a este tipo de explicaciones mixtas, podemos citar lo que sostiene Merleau-Ponty en contra de una argumentación similar para explicar el fenómeno del miembro fantasma:

“Efectivamente, para que las dos series de condiciones puedan determinar conjuntamente el fenómeno [del miembro fantasma], tal como dos componentes determinan una resultante, necesitarían un mismo punto de aplicación o un terreno común, y no se llega a ver cuál podría ser el terreno común de unos «hechos fisiológicos» que están en el espacio y de unos «hechos psíquicos» que no están en ninguna parte [...] Una teoría mixta del miembro fantasma, que aceptase las dos series de condiciones, puede ser válida como enunciado de los hechos conocidos, pero será profundamente oscura” (Merleau-Ponty, 1984: 96).

Nos interesa señalar, en este respecto, que ya se dé una resolución monista del problema (donde la esfera de la conciencia queda implicada causalmente por el orden del cuerpo, del objeto, o en el caso de cierta psicología, donde la conciencia implica al cuerpo) o una dualista (donde el conciencia y el cuerpo siguen cursos paralelos pero no mutuamente implicados), en todos los casos, el sujeto y el cuerpo quedan ubicados en lugares diferentes y no superponibles. De este punto depende toda la cuestión y será objeto de la siguiente discusión.

### 2.3 La idea de hombre en la práctica psiquiátrica

En primer lugar, hemos afirmado que se opera, en el plano ontológico, una reducción de la enfermedad mental a la enfermedad física, es decir, de la condición humana a la de ser un cuerpo en sentido anatómico. Aquí, nos ocuparemos de analizar cuáles son las consecuencias de tal concepción en la práctica de la Psiquiatría, a fin de mostrar como en este plano también el hombre queda nuevamente reducido a la condición de objeto, aunque en un sentido nuevo.

La Psiquiatría es una ciencia, o al menos pretende serlo, de la enfermedad mental. Esto implica que hay en ella una búsqueda de objetividad, de alcanzar un saber que actúe como regla de todos los casos particulares. O, a la inversa, que cada caso particular sea una instancia de la regla general. Pero ¿Cómo hacer ciencia en un campo tan variado y cambiante como es el de la enfermedad mental? Debe hallarse, en primer lugar, algún ámbito o parámetro que permanezca constante y se observe en todos los casos. Luego, si tal orden de cosas puede ser sometido al modelo de investigación que la ciencia prescribe, ya se estará en condiciones de fundar una disciplina científica. En el caso de la Psiquiatría, la respuesta ya la conocemos: ese ámbito es el cuerpo fisiológico. Si éste enferma, como si se tratara de una enfermedad médica convencional, se prescribe un medicamento que opera también en términos de generalidad. Es decir, el medicamento reestablece un desorden físico llevando los niveles correspondientes a los parámetros de la normalidad. En el caso de la medicina, este procedimiento de normalización resulta, al menos, poco objetable en la mayoría de los casos. Lo que, por otra, parte no la exime de tener que dar cuenta de una idea de hombre a fin de definir a la salud y a la enfermedad. Pero un tumor o un resfriado constituyen desviaciones respecto a la condición humana normal mucho menos discutibles que un Trastorno Obsesivo Compulsivo o un síntoma histérico. Esto es, dar una definición de salud mental implica indudablemente comprometerse con un sistema de valores sostenidos socialmente. En este sentido, afirma Roberto Mazzuca “cuando se intenta hacer creer que se está dando una definición científica de salud y de enfermedad, de normal y patológico, en realidad se está dando una definición moral que corresponde a un sistema ético sin plantearlo, es decir, que se lo está ocultando.” (Mazzuca *et al.*, 2002: 14). En el DSM IV, queda claro, que un reconocimiento en tal sentido, iría en contra del carácter

pretendidamente atóxico del manual, volviendo su nosología un basto y sutil compendio de prejuicios. En esta misma línea, la Psiquiatría como capítulo de la Medicina, cree poder devolver la salud al enfermo prescribiendo un psicofármaco. Sin dudas, no se trata de negar la eficacia de este tipo de medicamentos, necesarios en muchos casos, sino de analizar cómo queda definida la condición humana en este contexto.

El individuo que asiste al consultorio del psiquiatra (o al del médico), termina siendo, en el mejor de los casos, privado de su dolencia, pero con ello también de su subjetividad. Volvamos a la descripción de la esquizofrenia de tipo I ya tratada (1.3). El tratamiento consiste en lo siguiente: una vez identificado el trastorno (estableciendo su correspondencia con alguna de las tipologías del DSM IV), se cruza esa información con la grilla farmacología. En este caso se debería prescribir un *antipsicótico* cuya acción inhibitoria de los receptores de dopamina tienda a reestablecer el desequilibrio químico y con ello a hacer retroceder los síntomas. La objetividad del discurso médico-psiquiátrico establece que ese tratamiento debe poder ser enunciado por cualquiera sobre cualquiera, ocupando uno la posición del médico y otro la del enfermo. El psiquiatra es quien *sabe* sobre ese cuerpo que se ha revelado y es también quien puede curarlo. En este sentido, el saber del médico se articula con el ideal de curación que responde al reestablecimiento de la salud mental. De lo que se trata, entonces, es de curar al enfermo para que vuelva a ser funcional, para ponerlo nuevamente en la línea correcta. El enfermo recibe del médico, en respuesta a su demanda de curación, una nomenclatura del trastorno mental que la aqueja, un psicofármaco y, si todo va bien, una conversación edificante. No se trata de que el enfermo se vuelva responsable de su dolencia, sino simplemente que se desprenda de ella; después de todo, no se trata de él, sino que si ocurre algo, eso le ocurre a su cuerpo, ese reino oculto y homogéneo del que el enfermo nada sabe nada y que entrega al cuidado del orden médico. Por obra de este dispositivo, el médico queda del lado del saber, él es quien puede curar, el enfermo (y aquí el mote de “paciente” le sienta muy bien) en el lugar del no-saber, su cuerpo, como lo otro, queda bajo la garantía de la ciencia. Es claro, entonces, que allí no hay lugar para la singularidad, sino que ese enfermo es cualquier enfermo, su síntoma es genérico y no tiene nada que decir (más allá de una somera descripción de su dolencia) que merezca ser escuchado, pues: ¿Qué puede *saber* un enfermo acerca de lo que le ocurre?

Este es el silencio del sujeto y aquí se ubica el malestar, pues lo insoportable es ser *cualquiera* y que la medicina no tenga nada que decir al respecto (Clavreaul, 1983: 27).

La descentración entre la conciencia, el orden del sujeto, y del cuerpo a la que hacíamos referencia en el punto anterior (2.2), aquí cobra su valor clínico. El psiquiatra habla con el enfermo sobre su dolencia en tercera persona, no se presta oídos a eso que habla en el síntoma. Eso que allí podría escucharse es la *diferencia*, algo que haría de ese individuo único e irremplazable.

El hombre queda objetivizado aquí en un doble sentido. Por una parte, en tanto la exigencia de objetividad del discurso científico lo vuelve un caso entre otros, es decir, ante la mirada del médico, el sujeto se vuelve un objeto. Y en ese movimiento, el diagnóstico lo cosifica en su sentencia: “usted es un depresivo”.<sup>8</sup> Por otra parte, el enfermo queda cosificado en el sentido de ser víctima, objeto de una dolencia que lo afecta y ante la cual no puede hacerse responsable. En ambos casos, la cosificación adviene porque no se ubica al nivel de la enfermedad un sujeto (de la naturaleza que fuere), y esto se entiende a la luz del movimiento que sitúa a la enfermedad mental en el registro de un cuerpo fisiológico desprovisto de todo vestigio de alma, es decir, de referencia a una condición humana más allá de la puramente material.

### *3. La reanimación del cuerpo: el regreso del sujeto*

Hemos arribado a dos conclusiones: en el plano ontológico, la Psiquiatría tomaba al hombre como objeto al reducirlo a la condición de cuerpo fisiológico, en el plano de la práctica, el hombre aparecía como objeto en tanto no se ponía ningún sujeto al nivel de la enfermedad. Ahora bien, intentaremos rebatir esto dos aspectos recurriendo a la fenomenología merleau-pontyana del cuerpo.

#### *3.1. La reanimación del cuerpo: un intento por superar el reduccionismo*

---

<sup>8</sup> Seguimos aquí la interpretación sartreana de la mirada del otro como cosificadora. Para Sartre el para-sí, el hombre, en la medida en que su condición esencial es ser *conciencia de algo* no puede, aún cuando sea éste su proyecto último, escapar de la escisión para adquirir la consistencia de lo en-sí, es decir, de los entes intramundanos. Aun así, la mirada del otro vuelve, desde el otro, al para-sí un en-sí.

En este punto, retomaremos la discusión en torno a la oposición entre el cuerpo y el alma, a fin de proponer una alternativa a los planteos dualistas-reduccionistas del discurso de la Psiquiatría. Para Merleau-Ponty tanto el intelectualismo como el naturalismo comparten (además de la distinción entre dos sustancias y como consecuencia de ella) una desnaturalización del modo en que el cuerpo es vivido efectivamente. El cuerpo no se me manifiesta como una presencia ajena:

“Como un mecanismo neutro asociado con un mosaico de órganos, como un receptáculo indiferente de excitaciones interoceptivas, propioceptivas y exteroceptivas, sino que se manifiesta con miras a ciertas tareas reales o posibles” (Merleau-Ponty, 1994: 62).

El cuerpo es un haz de significaciones de orden motriz que se proyectan sobre el mundo, o mejor dicho, que constituyen un mundo como un entramado potencial de acciones. Pero ese mundo que, en rigor, no preexiste a ese cuerpo que se proyecta sobre él, no es sino un término de un proceso doble: el cuerpo y el mundo son los polos de un *ser-en-el-mundo*. Así, a cada nueva aptitud motriz le corresponde una expansión equivalente del mundo, del mismo modo, la obliteración de una facultad motriz tendría como correlato una contracción de los límites del mundo. De todos modos, eso no invalida la afirmación de que se tiene conciencia del cuerpo a través del mundo, y al mismo tiempo, que el cuerpo es el centro del mundo, el punto en el que convergen todos los objetos. En palabras de Merleau-Ponty: “El cuerpo es el vehículo del *ser-en-el-mundo*, y poseer un cuerpo es para un viviente conectar con un medio definido, confundirse con ciertos proyectos y comprometerse continuamente con ellos.” (Merleau-Ponty, 1984: 100)

Cada objeto se me presenta como un recorrido posible, como una finalidad particular, y mi cuerpo, desprendido ya de esa segunda naturaleza artificiosa heredada del cartesianismo, se extiende tanto como sus acciones, para encajar perfectamente en la concavidad producida en el objeto. El cuerpo, a su vez, se presenta para el autor bajo dos estratos diferentes; por un lado, el cuerpo como sedimento de las acciones frecuentes, como *cuerpo habitual*, y por otro, como el cuerpo tal como me es dado en la actualidad, esto es, en tanto *cuerpo actual*. Con la noción de *cuerpo habitual* Merleau-

Ponty puede dar cuenta de una experiencia ordenada, estructurada por un polo *trascendental* y al mismo tiempo, no renunciar a la fundamentación empírica de toda experiencia. En efecto, el *cuerpo habitual* es una dotación trascendental *a posteriori*, pues las disposiciones motrices que lo constituyen no pueden sino tener su origen en la acción misma y en última instancia en las disposiciones fisiológicas, es decir, los reflejos. Por tanto, las determinaciones biológicas constituyen un límite, pero éste lo es no sólo en la dimensión ontogenética, sino también en la posibilidad actual de desarrollar nuevas conductas (esto es, no podría desarrollar la habilidad del vuelo aunque me lo propusiese).

Pero además de estar vinculado con lo fisiológico, el cuerpo en la concepción merleau-pontyana abarca una dimensión psicológica, pero que se resiste a ser subsumida bajo la dimensión de un “Yo pienso que”. Se trata de un *Yo* que deberíamos ubicar al nivel del *cuerpo habitual*, dimensión que Merleau-Ponty llama lo *prepersonal*. Este ámbito de lo *prepersonal* sostiene al mundo tal como es vivido en la cotidianidad, pues lo significa de un modo anterior a todo pensamiento o acto de la voluntad (esa silla se me da ya con una significación, es decir, como un recorrido posible de acciones, independientemente de que yo decida sentarme en ella o pensarla conceptualmente).

La dimensión psíquica de la que hablamos aquí debe ser entendida como una intencionalidad, como una referencia a un objeto, es decir, como un estar-en-el-mundo y al cuerpo como a un vehículo de ese estar-en-el-mundo. Merleau-Ponty resume esta posición del siguiente modo: “Lo que nos permite vincular entre sí lo *fisiológico* y lo *psíquico* es que, reintegrados en la existencia, ya no se distinguen como el orden de lo en-sí y el orden del para-sí, y que ambos se orientan hacia un polo intencional o hacia un mundo” (Merleau-Ponty, 1984: 106).

En resumen, el pensamiento de Merleau-Ponty desarrolla una concepción del cuerpo que no lo concibe en los términos de un objeto para la conciencia, sino que lo piensa como cede de un sujeto prepersonal involucrado intencionalmente con el mundo. Es decir, desarticulando las abstracciones del dualismo y del monismo, hemos arribado a una ontología que desmiente la igualdad del cuerpo al objeto, en tanto para la fenomenología el cuerpo adquiere un nuevo valor y se convierte en la cede de una conciencia prepersonal. Lo que nos interesa retomar de ello, más allá de la teoría de la

percepción a la que está dirigida la obra de Merleau-Ponty,<sup>9</sup> es que inaugura una dimensión del cuerpo que niega la homologación de todos los cuerpos. En otras palabras, cada cuerpo es una sedimentación de acciones que ha tenido lugar en la historia de un sujeto lo que equivale a decir que cada cuerpo (y la subjetividad allí implicada) es único e intransferible. Afirmar que “somos un cuerpo” y no sólo que “tenemos un cuerpo” es equivalente a afirmar que hay sujeto allí donde antes sólo había materia.

### *Conclusión*

Nuestra hipótesis era que la Psiquiatría, tanto al nivel de la práctica como al de la teoría, procede a una cosificación de la condición humana. Creemos que esto lo hemos mostrado suficientemente siguiendo el siguiente camino argumental: en primer lugar, partimos del concepto de enfermedad mental tal como aparece expresado en el DSM IV, luego rastreamos su etiología a fin de determinar su naturaleza. De este procedimiento obtuvimos una caracterización de la enfermedad mental como enfermedad física, que fue, luego, generalizada a la condición humana en sí. Como resultado de ello, alcanzamos la caracterización del hombre como objeto y esto en un doble sentido, como un objeto del mundo, en lo que respecta a la teoría, y como objeto en tanto “paciente” de la enfermedad, en el caso de la práctica. En lo que respecta al tercer momento de nuestro trabajo, nos vimos obligados a partir del mínimo elemento que la Psiquiatría había puesto a nuestra disposición: la noción de cuerpo. En torno suyo organizamos nuestra exposición a partir del trabajo de Merleau-Ponty. Intentamos mostrar cómo, discutiendo los fundamentos ontológicos del discurso psiquiátrico así como la práctica vinculada a tal caracterización, era posible arribar a una nueva concepción del hombre. Nuestra intención inicial era identificar y analizar la concepción del hombre en Psiquiatría, pero como consecuencia ineludible de ello hemos arribado a una nueva caracterización del hombre. Este aspecto secundario, digamos *positivo*, de nuestra

---

<sup>9</sup> Si bien esto es cierto en general, el autor, en varios pasajes de la obra, aplica su esquema conceptual para analizar casos de enfermedad y de enfermedad mental (aquí señalamos al miembro fantasma) e incluso, retoma casos freudianos y los traduce a su fenomenología.

exposición, se restringe a abordar la condición humana desde la perspectiva del cuerpo y de la enfermedad mental y dar nuestra propuesta ateniéndonos a esos límites.

La fenomenología, quizás como ninguna otra filosofía contemporánea, se ha empañado desde un comienzo en desenmascarar las ilusiones de una ciencia que toma lo abstracto por concreto, lo inmediato y evidente por inabordable e incluso inexistente.<sup>10</sup> La recuperación de la experiencia inmediata del cuerpo en Merleau-Ponty, al tiempo que afirman la existencia de un sujeto a nivel corporal, reconocen la existencia de la diferencia. Cada hombre, por tanto, debe ser reconocido en su subjetividad como un individuo único y singular. Es esta la noción de hombre que queremos dejar planteada.

Por razones de extensión, hemos dejado de lado la cuestión acerca de la práctica que las consideraciones teóricas realizadas sobre el cuerpo habilitan. Sin embargo, cualquiera sea la clínica que aquí queda posibilitada, ella no puede desconocer el entramado entre corporalidad y subjetividad, y buscar allí la marca de la diferencia.

Podemos hacer, para concluir, tres consideraciones finales. En primer lugar, señalar el vínculo irrenunciable que existe entre el modo de concebir al cuerpo, a la enfermedad mental y al hombre, sobre el que esperamos haber insistido lo suficiente. En segundo lugar, señalar la dimensión ética que necesariamente está implicada en la práctica científica en general, pero muy especialmente cuando ésta consiste en un discurso sobre el hombre. Por último, denunciar la incapacidad de la ciencia (o cierta idea de ciencia al menos) para tomar a su cargo determinados aspectos de lo humano. En este sentido, creemos que la preocupación del hombre de ciencia debería pasar no tanto por atenerse al método, sino por recuperar lo que él como hombre “sabe” que se pierde en su discurso.

## **Bibliografía**

---

<sup>10</sup> Recuérdese, en este sentido, la abolición que la escuela conductista de Psicología hizo de la conciencia por no atenerse ella al dispositivo experimental.

- A.A.V.V. (1994) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*, México: Prentice-Hall
- Bear, M. F., Connors, B. W. y Paradiso, M. A. (1998) *Neurociencia. Explorando el cerebro*, Madrid: Masson-Williams & Wilkins (publicación original: 1996)
- Bernard, M. (1994) *El cuerpo*, Barcelona: Paidós.
- Canguilhem, G. (1978) *Lo normal y lo patológico*, México: Siglo XXI (publicación original: 1966).
- Clavreaul, J. (1983) *El orden médico*, Barcelona: EMEGE (publicación original: 1978)
- Conti, N. (2006) *Psiquiatría y fenomenología: convergencias y divergencias con los discursos emergentes Siglos XIX-XX*, Ficha de Cátedra, Psicopatología, Cátedra I, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Descartes, R. (1993) *El tratado del hombre*, Madrid: Alianza (publicación original: 1625-1628)
- Ey, H., Bernard. P. y Brisset, Ch. (1980) *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona: Toray-Masson (publicación original: 1955).
- Mazzuca, R. et al. (2002) *Psicoanálisis y Psiquiatría: encuentros y desencuentros*, Buenos Aires: Eudeba.
- Merleau-Ponty, M. (1984) *Fenomenología de la percepción*, Barcelona: Planeta-De Agostini (publicación original: 1945).
- Rovaletti, M.L. (1996) “La objetivación del cuerpo o el cuerpo como simulacro biológico”, en *Las problemáticas del cuerpo en el pensamiento actual*, Buenos Aires, Oficina de Publicaciones-Ciclo Básico Común.
- Rovaletti, M.L. (2003) “Entre la reificación y la identidad: del órgano-cosa al órgano-soporte de la identidad”, en *Perspectivas bioéticas*, Ediciones del Signo, Vol. 9, pp. 62-75.