

VIRGINIA BALLESTEROS¹
Universitat de València

Quines normes? Una aproximació al debat sobre el concepte de malaltia mental

Which norms? An approach to the debate on the concept of mental illness

Resum: En aquest article realitzem una aproximació al debat sobre el concepte de malaltia mental, des dels anys cinquanta fins al present, incorporant-hi elements de la filosofia i sociologia de la medicina, i atenent a les seues dimensions orgànica, subjectiva i social. Perfilem i avaluem les postures naturalistes i normativistes que han conformat el debat sobre la malaltia mental: des de l'antipsiquiatria a la psiquiatria crítica, passant per un naturalisme i construccionisme social forts.

Abstract: In this paper we approach the debate on the concept of mental illness from the 1950s to the present, by incorporating elements from the philosophy and sociology of medicine, considering its bodily, subjective, and social dimensions. We outline and evaluate the naturalist and normativist views that have shaped the debate on mental illness: from antipsychiatry to critical psychiatry, passing through strong naturalism and social constructionism.

Paraules clau: malaltia mental, naturalisme, construccionisme, antipsiquiatria, psiquiatria crítica.

Keywords: mental illness, naturalism, constructionism, antipsychiatry, critical psychiatry.

¹ Aquesta investigació està finançada per l'Ajuda per a la Contractació de Personal Investigador en Formació (ACIF) de caràcter predoctoral que l'autora percep del Fons Social Europeu (FSE) i la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport de la Generalitat Valenciana.

SI PENSEM EN EL CONCEPTE de *malaltia mental* es fa patent que tant la *malaltia* com allò *mental* poden ser objecte de grans controvèrsies. Definir la malaltia no és menys complicat que definir allò mental; i, quan tots dos conceptes van de la mà, sorgeixen problemàtiques particulars. El propòsit d'aquest article és el de realitzar una aproximació als debats que han sorgit entorn de la definició i realitat de la malaltia mental des dels anys 60 fins al present. La pregunta que ens guiarà pel nostre recorregut serà la de *quines normes*; de quines normes es desvia la malaltia mental: naturals o socials? Ens aproximarem a postures a un costat i a l'altre de la dicotomia, que podem entendre com a normativistes i naturalistes; sense oblidar-nos d'aquells que veuen la virtut en el terme mitjà i opten per postures híbrides.

Ara com ara, per començar a dibuixar el panorama, podem definir les postures naturalistes com aquelles que consideren que el concepte de malaltia mental no conté qüestions de valor; dient-ho de manera positiva, que únicament capta fets naturals —usualment una alteració o disfunció biològica, en algun sentit—. Per una altra banda, les postures normativistes consideren que la malaltia mental no rastreja cap fet natural, sinó merament relacions socials o qüestions de valor: els malalts mentals ho són en virtut del fet que presenten emocions o comportaments sancionats negativament per la societat i cultura en què es troben. En paraules de Robert Kendell:

La major part del debat explícit sobre el concepte de trastorn mental des de 1960 ha girat al voltant de la qüestió de si les atribucions de trastorn mental descansen en algun fet mèdic incontestable o si són expressió de normes i valors socials (KENDELL 1986, 25)

Lligades a la problemàtica de la definició del concepte de malaltia mental, apareixen a més tota una sèrie de problemes relacionats amb els termes que conformen el seu camp semàntic. S'observarà, per exemple, que l'autor recentment citat, Robert Kendell, no parla de *malaltia mental*, sinó de *trastorn mental*. Encara que cada autor utilitza preferentment un dels dos termes, la veritat és que no hi ha un significat universalment acceptat per a cadascun d'ells: precisament per això escrivim aquest article. No obstant això, hi ha autors que prefereixen el terme *trastorn* per a evitar tot el bagatge que porta associat el terme *malaltia*. En aquest sentit, és possible que *malaltia* ens remeta a *malaltia física*, de manera que podria pensar-se que es parla de la malaltia mental de manera anàloga a la malaltia del cos. El terme *trastorn* no sembla tindre necessàriament associat aquell significat. Així i tot, això és sovint una il·lusió: no són pocs els qui parlen de trastorns mentals compresos de manera física. Per a evitar confusions, posarem especial èmfasi a adoptar la terminologia de cada autor i explicar-ne l'ús.

La segona qüestió que convé assenyalar és que la nostra llengua parteix d'una limitació a l'hora de parlar de la malaltia que no trobem en la llengua en la qual es formula la major part d'aquest debat, l'anglès. Així, en la llengua anglesa tenim tres termes que apunten a tres dimensions del nostre terme *malaltia*: *disease*, *illness* i *sickness*. Aquesta distinció, que fou aplicada notablement dins del camp de la sociologia de la medicina en els anys cinquanta, ha donat forma a bona part del debat posterior i suposa una eina important per a comprendre els diferents vessants de la malaltia, siga física o mental; encara que, com tot producte intel·lectual, també compta amb els seus detractors i no és emprada per tothom (HOFMANN 2002).

Per tal d'introduir aquest punt, podem assenyalar que *disease* fa referència a la dimensió orgànica, fisiològica, de la malaltia; *illness*, a l'experiència subjectiva que el malalt té del seu patiment o la seua afecció; i *sickness*, a la dimensió social de la malaltia, al seu significat i al rol de malalt. Segons la caracterització d'Andrew Twaddle (citat per HOFMANN 2002, 652-3), podem definir les tres dimensions de la malaltia de la manera següent:

Disease és un problema de salut que consisteix en un mal funcionament fisiològic que resulta en una reducció real o potencial de les capacitats físiques i/o una reducció de l'esperança de vida.

Illness és un estat de salut indesitjable interpretat subjectivament. Consisteix en estats de sentiments subjectius (per exemple, dolor, feblesa), percepcions de l'adequació del seu funcionament corporal i/o sentiments de competència.

Sickness és una identitat social. És la mala salut o el problema o problemes de salut d'un individu definit per uns altres amb referència a l'activitat social d'aquest individu.

Clarament, *disease*, *illness* i *sickness* no són dimensions estanques, sinó que es troben en constant interacció: és obvi, per exemple, que el rol social que es conferisca al malalt tindrà un impacte considerable en la seua pròpia experiència subjectiva; i, anant més enllà, també observem que tindrà un impacte en la dimensió orgànica, atès que les estructures socials disponibles per al tractament de la seua malaltia interferiran amb el seu curs.

Encara que no tots els autors elaboren les seues propostes atenent a aquesta tríada i emprant les mateixes definicions, comprendre aquestes tres dimensions ens resulta útil per començar a disposar algunes peces sobre el nostre tauler filosòfic. El primer moviment que aquestes peces ens permeten fer és comprendre que el debat més acarnissat no versa sobre l'existència o inexistència de les dimensions subjectives o socials de la malaltia mental, sinó sobre la realitat i les possibilitats de coneixement de la malaltia mental com a fet natural, és a dir,

com a *disease*. En referència a això s'han produït dos debats importants: un d'ells en les files dels mateixos naturalistes i partidaris de les posicions híbrides, en què es discuteix sobre com ha de comprendre's exactament el significat de *malaltia orgànica* o *trastorn* —com a lesió anatòmica, com a disfunció biològica, etc.— i quin impacte té la seua definició en la malaltia o trastorn mental² (BOORSE 1976; KENDELL 1975; SCADDING 1967; SZASZ 1972; WAKEFIELD 1992); i l'altre debat, entre normativistes i naturalistes, que se centra en la possibilitat mateixa que el vessant orgànic de la malaltia capture realment fets naturals o, per contra, remeta merament a fets socials (EISENBERG 1988; ENGELHARDT 1976; SEDGWICK 1982; TIMMERMANS i HAAS 2008; TURNER 1995).

Farem finalment una última i breu observació respecte a un altre terme d'aquest camp semàntic; tot i ser un concepte molt pròxim al de malaltia, no hem entrat en el debat respecte al concepte de *salut*. Sobre això tan sols direm que les aproximacions positives a aquest concepte no solen abundar. De forma positiva, la salut se sol definir com a funcionament òptim; mentre que, de forma negativa, sol definir-se com a absència de malaltia.³

Per a concloure aquesta introducció, assenyalem un aspecte de la malaltia mental que anirem subratllant al llarg d'aquest treball i que resulta obvi per poc que es reflexione sobre la qüestió: les enormes implicacions pràctiques que té la seua atribució. Dir d'algú que té una malaltia és una *crida a l'acció*, això és, a la intervenció terapèutica (SPITZER, ENDICOTT i MICOULAUD FRANCHI 2018). L'atribució de malaltia mental implica que alguna cosa no és com *hauria de ser* i, a més, que probablement no es corregirà per si mateixa, sinó que requereix intervenció professional —en aquest cas, d'un psiquiatra—. A més, la malaltia mental també té repercussions importants en el camp de la responsabilitat moral i legal, ja que aquesta n'és un atenuant o eximent, atès que es considera que el malalt té minvades les seues capacitats cognitives i/o volitives. Així mateix, el concepte de malaltia mental també té un gran impacte en la subjectivitat individual, així com en el rol social de la persona que és diagnosticada. És per les seues implicacions pràctiques que és crucial comprendre la naturalesa del concepte de malaltia mental: presentar-lo com a constructe social, i per tant contingent, obri la porta a la seua crítica i revisió; per contra, presentar-lo dins del món natural revist el concepte de la legitimitat pròpia de la necessitat de la naturalesa.

² Cal posar en relleu ací que un pot ser naturalista respecte a la malaltia física i normativista respecte a la malaltia mental. És precisament per això que hem inclòs l'autor Thomas Szasz com a naturalista; explicarem amb detall la seua postura més endavant. Encara que usualment es considera com a revisionistes les postures normativistes, la veritat és que el mateix naturalisme també implica, en major o menor mesura, cert revisionisme sobre les afeccions que han de caure sota la categoria de la malaltia mental.

³ Un treball excel·lent sobre la definició de la salut pot trobar-se en Lennart Nordenfelt (1993; 2007).

Començarem el nostre recorregut de la mà de la sociologia de la medicina, disciplina sorgida en els anys cinquanta del segle passat. Al llarg del nostre treball no solament ens servirem de les seues observacions en el camp de la psiquiatria, sinó que les reflexions que des de diferents àmbits s'han fet sobre la medicina i el concepte de malaltia corporal també ens seran útils per a il·luminar el nostre objecte.

LA MEDICINA COM A PRÀCTICA SOCIAL

Els primers treballs que posen significativament el focus en la dimensió social de la malaltia els podem trobar en la sociologia de la medicina que s'inaugura en els anys cinquanta amb el treball de Talcott Parsons (1951/2005). En el capítol que Parsons dedica a la pràctica moderna de la medicina, ja podem albirar una aproximació a la tríada de conceptes que hem identificat en la introducció. Partint d'una anàlisi sociològica funcional, en què la salut de l'individu és compresa com una necessitat per al funcionament correcte del sistema social, Parsons defineix la malaltia amb un peu en la biologia i un altre en la societat:

Podríem dir que la malaltia és un estat de pertorbació en el funcionament 'normal' de l'individu humà en la seua totalitat, incloent-hi l'estat de l'organisme com un sistema biològic, així com l'estat de les seues adaptacions personals i socials. Per tant, es defineix en part biològicament i en part socialment. La participació en el sistema social és sempre potencialment rellevant per a l'estat de la malaltia, per a la seua etiologia i per a les condicions d'una teràpia exitosa, així com per a altres coses (PARSONS 1951/2005, 290)

En aquesta primera aproximació a la definició de malaltia, veiem que Parsons no problematitza aquella *pertorbació en el funcionament normal* de l'organisme com a sistema biològic. No obstant això, per a comprendre el fenomen de la malaltia íntegrament, també cal atendre al seu caràcter social. L'anàlisi de Parsons se centra en aquesta part social de la malaltia, en el *rol de malalt* i en la configuració de la relació doctor-pacient. Estar malalt és entès com una forma de *desviació*, la característica diferencial de la qual resideix en la falta de responsabilitat: el malalt no és responsable per la seua condició, precisament per la dimensió orgànica en què aquesta s'ancora. El malalt s'ha desviat de les normes biològiques i també de les socials, però no se'n pot responsabilitzar perquè aquesta no ha sigut una elecció seua. Ara bé, encara que Parsons mantinga en el terreny natural la part orgànica del procés de la malaltia, ja adverteix que aquest àmbit no és impermeable, sinó que es veu també afectat per elements psicològics. Així doncs, mentre que hi ha una dimensió de la malaltia que es veu inafectada per

la intencionalitat humana, n'hi ha una altra de permeable a ella, com s'evidencia en el fet que les creences i els desitjos poden afectar processos fisiològics, com ara la recuperació d'un procés infecciós. Sense aprofundir més en la qüestió, Parsons reconeix que aquest problema es maximitza en el cas de la malaltia mental, en la qual els símptomes presentats no són orgànics, sinó comportamentals.

Podríem considerar la seua proposta com a híbrida, ja que en ella el fenomen de la malaltia no s'esgota en la dimensió biològica, ni tampoc en la social. Segons Simon Williams, la formació prèvia que Talcott Parsons tingué en el camp de la medicina va imbuir la seua anàlisi d'un cert to o qualitat realista, de manera que per a ell "la malaltia, en altres paraules, no és merament o simplement un estat de coses social, per molt important que aquests factors socials puguen ser" (WILLIAMS 2005, 126). Aquesta interpretació de la postura de Parsons no és compartida per tothom: el punt realista que Williams veu com un avantatge de la postura parsonsiana és, segons el parer de Stefan Timmermans i Steven Haas, poc menys que pesera o despreocupació intel·lectual: "la contribució de Parsons com a figura fundacional de la sociologia mèdica consistí a fitar l'àmbit social de la medicina, i deixà per a uns altres la biologia, fisiologia i patologia" (TIMMERMANS i HAAS 2008, 660). Aquesta tasca fou ben rebuda per les següents generacions de sociòlegs de la medicina, que abandonaran l'aproximació funcional per a apostar pel construccionisme social (BROWN 1995; EISENBERG 1988; FREIDSON 1970; TURNER 1987/1995), i donaran motiu a interessants debats en àmbits pròpiament filosòfics.

Abans de passar a problematitzar aquesta dimensió orgànica de la malaltia, ens endinsarem en el pensament d'alguns autors ben polèmics, com el conegut Thomas Szasz i —el tal vegada menys conegut— Hans J. Eysenck, els quals comparteixen aquesta visió realista, naturalista, de les malalties orgàniques i l'empren, precisament, per a qüestionar la realitat de la malaltia mental.

EL NATURALISME EN CONTRA DE LA PSIQUIATRIA

Usualment, es considera que les crítiques i revisions de la malaltia, física o mental, no provenen de les files naturalistes, sinó de les normativistes o construccionistes. Aquesta no és, però, una regla que es complisca sempre, n'és un bon exemple Thomas Szasz, l'autor del famós llibre *El mite de la malaltia mental* i personalitat destacada dins de l'anomenat Moviment Antipsiquiatria. Szasz denuncià l'ús de les institucions i pràctiques psiquiàtriques com a eina de control del comportament desviat i indesitjable: "Usar el terme 'malaltia mental' per a estigmatitzar, i així controlar, aquelles persones el comportament de les quals ofenga la societat (o el psiquiatra que en fa el 'diagnòstic') ha esdevingut costum" (SZASZ 1961/1972, 103).

Per a Szasz, la malaltia mental no és una malaltia real, sinó metafòrica. Segons ens narra, inicialment la classe *malaltia* contenia únicament elements que compartien la propietat comuna de fer referència a un estat fisicoquímic en què una estructura o una funció del cos humà es trobaven alterades. Posteriorment, elements addicionals foren inclosos en aquesta classe, però el criteri d'inclusió, atenent a Szasz, no fou llavors la presència d'alteracions orgàniques, sinó tan sols la presència de discapacitat i/o patiment. Així, fenòmens com la histèria o la depressió s'incloueren dins de la classe *malaltia*, encara que afegint-hi l'adjectiu *mental* per tal de diferenciar-los de les ocurrences corporals. Després, “els metges i especialment els psiquiatres començaren a anomenar ‘malaltia’ (és a dir, per descomptat, ‘malaltia mental’) a totes les coses en què pogueren detectar qualsevol signe de ‘mal funcionament’, sense importar en quina norma estiguera basat” (SZASZ 1961/1972, 58). Així, mentre que els primers elements de la classe s’hi incloïen per desviar-se de les normes naturals, els darrers s’hi incloïen per desviar-se de les normes o preferències socials i individuals.

Amb un esperit similar, el psicòleg Hans J. Eysenck formula també una crítica a la psiquiatria perquè considera que, si bé aquesta té una part mèdica, majorment tracta problemes conductuals. Ni en el cas dels trastorns de personalitat, ni en les neurosis o psicosis s’hi troben lesions orgàniques, així com tampoc és possible correlacionar consistentment alteracions fisiològiques o bioquímiques. És per això que Eysenck considera que les classificacions psiquiàtriques no s’han elaborat basant-se en l’evidència científica, sinó que s’han realitzat atenent exclusivament a qüestions pràctiques. Igual que fa Szasz, aquest no posa en qüestió la legitimitat de la malaltia orgànica i considera que la psiquiatria no pot ser medicina perquè no tracta únicament malalties en el sentit orgànic:

Des del punt de vista del psicòleg, podríem tal vegada dividir la psiquiatria en la part mèdica, que tracta els efectes de tumors, lesions, infeccions i altres afeccions físiques, i la part conductual, que tracta trastorns del comportament adquirits a través dels processos ordinaris d’aprenentatge (EYSENCK 1960, 3)

Els trastorns conductuals es diferencien de les malalties, segons Eysenck, en almenys tres aspectes: en primer lloc, no s’ha identificat per a ells una única causa; en segon lloc, no és possible trobar una homogeneïtat entre ells que, a més, els diferencie clarament de les persones no diagnosticades; i, en tercer lloc, no existeix una cura específica per a ells. Per aquests motius, difícilment els podem aplicar el terme *malaltia*. En el seu lloc, hauríem d’abandonar aquesta concepció a favor de la noció de *dimensions de la personalitat*; i deixar en mans de la psicologia el seu tractament.

Allà on Eysenck va veure problemes dels processos normals d'aprenentatge, Szasz veu únicament *problems in living*, problemes de la vida: “expressions de la lluita de l'home amb el problema de com hauria de viure” (SZASZ 1970/1973, 21). No obstant això, per dir-ho fent servir la triada *disease, illness* i *sickness*, ambdós estarien d'acord que l'única malaltia que realment mereix anomenar-se així és la *disease*, la malaltia orgànica. Hem de comprendre bé Szasz quan diu que la malaltia mental és *un mite*: amb això no vol dir que no existisca en absolut, sinó que és un fenomen social en lloc d'un de natural; en cap cas hem d'entendre que les ocurrències socials i psicològiques a les quals va lligat no existeixen, sinó que han de ser enteses com a problemes pràctics i no com a malalties. Aquesta tesi no només contrasta radicalment amb la visió més estesa sobre la malaltia mental, sinó que posa en destret les seues implicacions pràctiques, ètiques i polítiques. Així, mentre que d'acord amb un punt de vista mèdic “la malaltia mental és com qualsevol altra malaltia i el tractament psiquiàtric, voluntari o no, és com qualsevol altre tractament” (SZASZ 1961/1972, 12), Szasz defensà que “la malaltia mental és un mite, la intervenció psiquiàtrica és un tipus d'acció social i la teràpia psiquiàtrica involuntària no és tractament, sinó tortura” (SZASZ 1961/1972, 12). Com ja avançarem en la introducció, la rellevància del debat entorn de la naturalesa de la malaltia mental té molt a veure amb les seues implicacions en el terreny pràctic, fonamentalment quan es considera que la malaltia pot ennuvolar les capacitats cognitives i volitives de la persona que la pateix, de manera que es considere que aquesta perd la seua capacitat per a actuar de manera racional i lliure, la qual cosa pot portar-la a ser eximida de responsabilitat moral i legal, però també a un internament o tractament forçós, a més de l'estigma social i de l'impacte en la subjectivitat que suposa no considerar-se com un subjecte autònom: “de la manera com s'usen, generalment, els termes del diagnòstic psiquiàtric no descriuen entitats referents a una malaltia orgànica [*disease entities*], sinó que degraden i rebaixen la persona a la qual s'adscriuen” (SZASZ 1970/1973, 58).⁴ En

⁴ Ha de tindre's en compte que resulta impossible separar el posicionament de Szasz enfront de la psiquiatria de la seua postura radicalment liberal en el terreny polític. Per a Szasz, com a bon liberal, la llibertat individual representava un valor sagrat i qualsevol ingerència per part de l'àmbit col·lectiu o públic —això és, de l'Estat— hauria de ser contestada amb energia (SZASZ 1984); és per això també que aquest autor argumentarà en contra de la psiquiatria comunitària, alhora que aposta per una redefinició de la pràctica privada, deixant de pretendre que la psiquiatria és una branca de la medicina i acceptant obertament que tracta problemes de la vida. El subjecte que Szasz dibuixa és lliure i responsable de si mateix fins a extrems que poden resultar difícilment defensables; això és el que el porta a entendre la llibertat individual com una dura conquesta que ha de realitzar-se sense reserves enfront, tant de les adversitats externes com de les internes: “Perquè si la llibertat és la capacitat de prendre decisions sense reserves, llavors l'home naix encadenat. I el repte de la vida és l'alliberament. [...] En general, com més control guanya l'home sobre les seues condicions internes i externes, més lliure es torna; mentre que, si no aconsegueix aquest control, queda esclavitzat, o si, havent-lo guanyat, el perd, es converteix en esclau” (SZASZ 1970/1973, 1).

relació amb això, no solament l'obra de Szasz possibilita un pas important en el reconeixement dels drets dels pacients mentals, sinó que altres grans figures de l'anomenat Moviment Antipsiquiatria també van ser-hi elements clau; per exemple Ronald D. Laing (1960; 1967) —els treballs del qual sobre l'esquizofrènia com una resposta normal davant situacions adverses van ser acollits amb entusiasme— o Franco Basaglia (1967; 1968) —una figura clau en l'activisme contra l'internament dels pacients psiquiàtrics—. ⁵

Seguint Bill Fulford i Werdie van Staden, per a Szasz —i el mateix pot ser extensible a Eysenck i altres figures de l'antipsiquiatria— “la legitimitat del concepte de trastorn mental depèn de la mesura en què el seu significat rastreja el del concepte de trastorn corporal” (FULFORD i VAN STADEN 2013, 389), ja que per a ell el concepte de trastorn o malaltia corporal no suposa problemes, en la mesura que apunta a una normalitat determinada pel món natural —per la integritat estructural i funcional— i no per les normes psicosocials, ètiques i legals. És per això que començàvem considerant Thomas Szasz com un pensador naturalista i revisionista: la malaltia mental no pot ser una malaltia real perquè no participa de la suposada objectivitat de la malaltia orgànica. A més a més, si en el futur descobrirem les causes orgàniques de la malaltia mental, aquesta deixaria de considerar-se *mental* i seria només *malaltia*. No obstant això, Szasz es mostra escèptic respecte a tal possibilitat: si bé es cert que en el passat s'han descobert algunes causes orgàniques per a fenòmens que eren considerats malalties mentals —com per exemple les psicosis associades a tumors cerebrals—, Szasz considera que l'esperança que tan sols siga *qüestió de temps* que trobem les bases o causes físicoquímiques o genètiques de la malaltia mental està essencialment equivocada, ja que en moltes ocasions l'única cosa que aquest concepte rastreja són comportaments sancionats socialment, raó per la qual podríem trobar-ne els correlats biològics, però mai trobar en la naturalesa la norma de la qual ens hem desviat.

Ara bé, no hem d'entendre que Szasz tan sols carrega les tintes contra la psiquiatria biològica, la que pretén concebre's com una branca de la medicina, sinó que igualment critica el model de la psicoanàlisi, en la mesura que aquest busca la mateixa legitimació a través de la il·legítima noció de malaltia mental. Atés que la psicoanàlisi és practicada com si la seua única meta fora traure el pacient d'un estat mental malalt per a retornar-lo a la salut mental, s'hi produeix

⁵ Cal assenyalar, no obstant això, que hi ha qui considera que el factor que tingué major pes a l'hora d'aconseguir la desinternament dels pacients psiquiàtrics no fou la pressió social i la força del Moviment Antipsiquiatria, sinó el fet de comptar amb fàrmacs relativament efectius per al tractament de les malalties mentals més greus, els neurolèptics (SHORTER 1997). El lector més avesat deu sospitar que, al seu torn, l'eficàcia dels neurolèptics també ha sigut qüestionada (WHITAKER 2009).

un encobriment de les qüestions de valor, el qual, segons el parer de Szasz, resulta paradoxal: “Mentre que és generalment acceptat que la malaltia mental té a veure amb les relacions socials o personals de l’home, es manté paradoxalment que els problemes sobre valors —és a dir, de l’ètica— no emergeixen en aquest procés” (SZASZ 1973, 20). A pesar que hui dia les postures crítiques amb la psiquiatria s’han suavitzat una mica —parlem de *psiquiatria crítica* més que d’*antipsiquiatria*— la veritat és que les denúncies sobre els encobriments dels valors en l’àmbit de la biomedicina i la biopsiquiatria continuen més que vigents, com veurem més endavant. (HERNÁEZ 2011; BERRIOS 2011).

Avancem ara cap a una altra gran figura en el debat al voltant de la malaltia mental. Ens quedem en el terreny del naturalisme, encara que aquesta vegada portarem a col·lació un defensor de la psiquiatria, que va fer front a les crítiques de Thomas Szasz, Hans Eysenck i altres figures de l’ansipsiquiatria: Robert Kendell.

EL NATURALISME AL RESCAT DE LA PSIQUIATRIA

En 1975, Robert Kendell va publicar “El concepte de malaltia i les seues implicacions per a la psiquiatria”, un article en què pretenia defensar la psiquiatria de les crítiques que havia rebut, les quals es concentraven al voltant d’un argument comú: que allò que els psiquiatres consideren malalties mentals no són malalties en absolut. El primer que Kendell subratlla és que per a posar en qüestió l’existència d’una malaltia o per a negar la seua realitat és necessari comptar ja amb un concepte de què és la malaltia; i el problema, al seu parer, és que tots aquests autors fan servir un concepte de malaltia que ja fou abandonat temps enrere no només per la psiquiatria, sinó per la medicina en el seu conjunt. Segons Kendell, tots els qui argumentaren que la psiquiatria no tractava malalties reals, ho feien basant-se, conscientment o inconscientment, en la premissa que algun tipus de lesió és essencial per a establir la presència de malaltia. Llavors, com que en el cas de les malalties mentals mai no s’hi ha demostrat cap lesió o alteració física, aquestes no són en realitat malalties.

Kendell ens narra que, des que en el segle XVIII es popularitzara la dissecció *post-mortem* dels cossos, la identificació de lesions físiques jugà un paper crucial en la descripció i determinació de les malalties; i més encara quan, a mitjan segle XIX, la invenció de potents microscopis va permetre observar patologies cel·lulars. Més recentment, els avenços tecnològics han permés expressar la malaltia en termes genètics, moleculars i de perturbacions biològiques estructurals. Així doncs, inicialment la malaltia va estar lligada

a l'anatomia patològica; i, més tard, també a les anomalies bioquímiques i fisiològiques. En aquest sentit, ha sigut comú pressuposar que la malaltia involucrava necessàriament alguna alteració física. A aquest enfocament se li suposa l'avantatge, com ja hem assenyalat, de capturar objectivament fets naturals, de manera que proporciona criteris objectius i fiables per a identificar la malaltia, la qual cosa és positiva per a previndre possibles abusos per part de la medicina. No obstant això, també presenta greus problemes.

D'acord amb Kendell, un dels problemes seria que aquells patiments la base física dels quals no s'haja identificat encara no poden ser considerats com a malalties, cosa que podria suposar un problema a l'hora de tractar-los en el si de la medicina, a pesar que poden suposar un important sofriment per a qui els pateix —i, per tant, semblen mereixedors d'atenció professional—. El segon problema és que no sempre que s'observa una alteració biològica estem enfront d'una malaltia: per exemple, aquest seria el cas de l'albinisme, en què a pesar que hi ha una manca d'un enzim involucrat en el metabolisme de la tirosina, no considerem que les persones albines patisquen per això una malaltia. El tercer problema que s'hi presenta, d'acord amb Kendell, és que, donada l'enorme variació que es dona fins i tot en individus sans en la mida, forma, composició química i eficiència funcional dels seus teixits i òrgans, no és possible establir clarament on acaba la variació normal individual i comença l'anomalia. Aquest problema el podem veure en el cas de la hipertensió o la diabetis: quin és el límit a partir del qual la pressió sanguínia o el nivell de sucre en sang no és normal?

Respecte a aquestes objeccions, voldríem realitzar algunes observacions. La primera d'elles fa referència al primer i segon problema identificat per Kendell en la concepció de la malaltia com a lesió; i és que s'hi fa patent, una vegada més, la vocació pràctica de la medicina: si no fora perquè hi ha condicions que considerem que són mereixedores d'atenció mèdica i unes altres que no impliquen cap perjudici o mal que haja de ser tractat mèdicament, no tindríem problemes de no classificar com a malalties aquelles condicions per a les quals no coneixem l'etiopatogènia, així com tampoc en tindríem a l'hora de classificar com a malalties afeccions com l'albinisme. El criteri operatiu per a incloure membres en la classe malaltia remet a factors socials. En aquest sentit, és interessant observar que les condicions que són considerades com a malalties sense conèixer-ne l'etiopatogènia poden formar part d'aquesta classe per les seues dimensions subjectives i socials (ERESHEFSKY 2009), és a dir, pel seu caràcter d'*illness* —sensació subjectiva de malaltia— i de *sickness* —pel reconeixement social del dret de qui les pateix a assumir el rol de malalt (PARSONS 1951/2005; WILLIAMS 2005)—. És per això que en aquests casos —els quals es coneixen en sociologia de la medicina com a *diagnòstics*

controvertits [*contested diagnoses*] (BARKER 2010; BROWN 1995)— els afectats “han de convèncer la institució de la biomedicina que el seu patiment és de caràcter mèdic” (BARKER 2010, 154).

Fem esment a això perquè, lluny de ser un fenomen marginal, suposa un repte per a la medicina contemporània, donat el fet que en les últimes dècades s’ha multiplicat el nombre de diagnòstics controvertits i de persones diagnosticades. Així, milions de persones “són diagnosticades amb una de les diverses síndromes caracteritzades per un conjunt de símptomes comuns, difusos i perturbadors, que poden anar des del dolor i la fatiga fins a trastorns del son i de l’ànim” (BARKER 2010, 153). Per esmentar-ne algunes, podem fer referència a les síndromes de la guerra del Golf, fibromiàlgia, fatiga crònica, intestí irritable i sensibilitat química múltiple. Algunes d’elles, com la síndrome de la guerra del Golf, són clarament competència de la psiquiatria, mentre que unes altres són disputades per considerar-se psicossomàtiques i sense unes competències i tractament clars.

Per últim, una observació a la tercera objecció plantejada per Kendell, el problema de la frontera entre la normalitat i la patologia. Segons Kendell, el fet que no puguem distingir clarament entre les variacions individuals normals i la patologia és una objecció contra el concepte de malaltia mental basat en la lesió orgànica. Les dificultats per a traçar els límits entre allò normal i allò patològic ja foren reconegudes antany en la medicina (CANGUILHEM 1943/2011; GIROUX 2010) i hui dia suposen un dels problemes més candents de la psiquiatria (EISENBERG 2007; FRANCES 2014; LANE 2007; HORWITZ i WAKEFIELD 2007). Ara bé, aquest problema no es presenta només en el cas de la malaltia com a lesió, sinó que igualment apareix en el cas de la malaltia com a disfunció biològica: és possible que allò normal i allò patològic es troben en un continu, en lloc de ser categories estanques. De fet, aquest enfocament *dimensional* — que desdibuixa les línies nítides entre allò normal i allò patològic i també entre els diferents trastorns, i els presenta en un continu o espectre— ha guanyat força en els últims temps (MELLOR MARSÀ i ARAGONA 2009).

Passem ara, després d’aquest *excursus*, a formular la proposta de Kendell, la qual pretén emmarcar-se dins del naturalisme basant-se en un model estadístic de la relació entre allò normal i allò patològic que trobe la seua base en la noció de *desavantatge biològic*: “Les malalties mentals es poden dir així justificadament perquè estan associades amb una reducció en la fertilitat i en l’esperança de vida, i això constitueix un desavantatge biològic” (KENDELL 1975, 313). Per a formular la seua proposta, Kendell acudeix al treball de John G. Scadding, que havia proposat que la clau per a definir el concepte de malaltia és si l’alteració subjacent situava l’individu en una posició de *desavantatge biològic*. Així, Scadding defineix la malaltia com:

la suma dels fenòmens anòmals mostrats per un grup d'organismes vius en associació amb una característica comuna específica o un conjunt de característiques per les quals diferisquen de la norma per a la seua espècie, de manera que això els situe en una posició de desavantatge biològic (SCADDING 1967, 877)

Ara bé, com Kendell assenyala, Scadding no elabora en què pot consistir aquell desavantatge biològic, i ací és on ell fa la seua proposta: en una reducció de la fertilitat i l'esperança de vida. Tenint la teoria de l'evolució com a marc, afirma que “en termes purament biològics la fertilitat és de summa importància, [perquè] determina quines espècies prosperaran i s'expandiran i quines s'extingiran, i quins genotips d'una espècie es convertiran en els dominants i quins continuaran sent estranys” (KENDELL 1975, 310-1). A més, la mort també té summa importància biològica, no solament per a l'individu, sinó també per a la seua descendència, particularment en animals socials com l'ésser humà, “la descendència del qual depèn dels seus progenitors durant una alta proporció de la seua vida” (KENDELL 1975, 311). Partint, així, d'aquesta definició de malaltia, Kendell es proposa, mitjançant l'evidència empírica, determinar si les malalties mentals són malalties reals o no. Per a això, acudeix a estudis sobre l'esperança de vida i la fertilitat de diferents grups considerats malalts mentals, i conclou que:

Hi ha evidència, per tant, que l'esquizofrènia i la depressió maníaca, juntament amb certs trastorns sexuals [homosexualitat] i diversos tipus de dependència a les drogues estan associats, bé amb una reducció en la fertilitat i/o en l'esperança de vida, i per aquesta raó són justificadament considerats com a malalties. El mateix podria demostrar-se cert finalment en alguns estats neuròtics i certs tipus de personalitat, però en el present l'evidència no és tan forta com per a justificar fermes conclusions en aquestes àrees (KENDELL 1975, 312)

Cal recordar al lector desprevengut que *homosexualitat* fou una categoria diagnòstica recollida fins a 1973 en el *Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals*, DSM, elaborat per l'American Psychiatric Association; i, d'una manera o altra, l'homosexualitat va romandre en el manual fins a l'any 1987, quan per fi fou totalment eliminada de les seues pàgines.⁶ No ha de sorprendre'ns, doncs, que Kendell argumente a favor de l'homosexualitat

⁶ En el DSM-II, el diagnòstic d'homosexualitat es va transformar en Pertorbació de l'Orientació Sexual —emfatitzant el fet que l'homosexualitat només era patològica si qui la patia desitjava ser heterosexual, la qual cosa va legitimar les teràpies de conversió sexual—. En la revisió següent, DSM-III, aquesta categoria va tornar a transformar-se, ara en Homosexualitat Ego-Distònica, i no seria fins a 1987, amb el DSM-III-R, que desapareixeria finalment del manual (DRESCHER 2015).

com a malaltia mental, encara que sí que podríem considerar que, el fet que el seu concepte de malaltia mental capture fenòmens com l'homosexualitat, suposa un argument en contra seua. En aquest sentit, Kendell no avança cap de les objeccions que els seus crítics podrien plantejar-li; en altres àrees, per contra, sí que especula sobre possibles crítiques que podrien ser-li formulades, com per exemple posar en qüestió la nítida distinció entre el que és un desavantatge purament biològic i un de social: podria argumentar-se, així, que els desavantatges existeixen, però que són conseqüència del fet que la gent siga etiquetada com a malalta i, per tant, no serien innats i inevitables. La rèplica de Kendell —al nostre judici, lluny de ser satisfactòria— consisteix a assenyalar que, en tal cas, l'entorn social hauria situat l'individu en una posició biològicament desavantajosa. A més, l'autor també fa front a una altra crítica anticipada: que hàgem de situar el focus sobre la supervivència de l'individu en lloc de fer-ho en la de l'espècie. En aquest sentit, podria argumentar-se per exemple que, en un entorn superpoblat, comptar amb individus homosexuals seria avantatjós per a l'espècie, fins i tot essent desavantatjós per a l'individu en qüestió. Si la rèplica anterior ens ha semblat insatisfactòria, la seua resposta final quasi fregaria la indiferència patològica:

La resposta, suggerisc, és que hem d'ignorar la importància creixent dels factors purament culturals a l'hora de determinar qui viu i qui mor; ignorar l'existència de fatals efectes de la discriminació en altres espècies, i també ignorar l'argument que és la supervivència del grup en lloc de la de l'individu el que importa (KENDELL 1975, 313)

La lleugeresa amb la qual Kendell despatxa aquestes crítiques és xocant. Tal vegada podríem hipotetitzar una explicació per a tal indiferència, i aquesta té a veure, novament, amb les implicacions pràctiques de la teràpia psiquiàtrica. Així com la crítica de Szasz era feroç perquè considerava que el tractament psiquiàtric era en moltes ocasions com una forma de tortura, Kendell considera, respecte dels esquizofrènics, que “si aquests foren simplement ignorats i no se'ls proveïra ni dels asils [*sanctuaries*] on poden ser alimentats i vestits, ni de la moderna farmacoteràpia, hi ha pocs dubtes que comparativament pocs arribarien a una edat avançada” (KENDELL 1975, 312). Igualment, allà on uns altres han vist institucions de control, Kendell considera que el propòsit primari dels asils del segle XIX fou el de protegir els dements i només secundàriament la societat.

Per rellevant que siga aquesta discrepància entre Szasz i Kendell, no podríem concloure adequadament el repàs del pensament d'aquests dos autors sense subratllar que comparteixen una similitud gens menyspreable: el fet que

tots dos consideren que la legitimitat del concepte de malaltia mental depèn de la mesura en què el seu significat siga capaç de rastrejar el concepte d'alteració biològica. Així doncs, les discrepàncies a les quals arriben sobre el concepte de malaltia mental no es deuen sinó al fet que no comparteixen un mateix concepte de malaltia orgànica, contrastant així la visió d'alteració anatomicofuncional de Szasz amb la proposta de desavantatge biològic de Kendell (FULFORD i VAN STADEN 2013; KINGMA 2013). Mentre que Szasz va titllar la malaltia mental de mite perquè diferia de la malaltia física —en la mesura que únicament es desvia de normes socials i no biològiques—, Kendell va argumentar que, atès que la malaltia física i la mental eren *essencialment* el mateix, la malaltia mental era realment una malaltia.

Finalment, assenyalarem també que la postura de Kendell té implicacions revisionistes que el mateix autor reconeix i accepta, si bé molt més limitades que la de Szasz. L'aplicació del seu criteri de desavantatge biològic deixaria fora de la classe de malalties patiments com la neuràlgia postherpètica o la psoriasi; a més d'algunes afeccions que els psiquiatres tracten, com per exemple les neurosis. Reconèixer que alguns dels problemes amb els quals lúdia la psiquiatria no són malalties mentals no ha de portar-nos, segons el parer de Kendell, a no donar-los cobertura mèdica; per contra, de la mateixa manera que la medicina tracta fenòmens normals, com l'embaràs, la psiquiatria podria tractar fenòmens que no siguen patològics. És un deure dels psiquiatres, doncs, reflexionar sobre els límits de la seua competència i responsabilitat. En aquest sentit, la seua postura és similar a la de Szasz, que considera que la psiquiatria no hauria de desaparèixer com a especialitat —a excepció de la comunitària— sinó que hauria de reformular-se i acceptar honestament que tracta problemes de la vida que involucren qüestions axiològiques.

MÉS NATURALISME AL RESCAT

Robert Kendell no va ser l'únic que va reaccionar enfront dels atacs de l'antipsiquiatria. Una altra de les grans figures, coneguda també per les seues aportacions en la definició de la salut i la malaltia, és la de Christopher Boorse. En un article publicat en 1976, "Què hauria de ser una teoria de la salut mental", Boorse comença reconeixent els problemes que té la psiquiatria com a disciplina científica, ja que encara no gaudeix de consens en les seues bases teòriques. Segons el parer de Boorse, aquesta falta de consens no podrà superar-se fins que els psiquiatres i teòrics de la psiquiatria no abracen la fisiologia com el seu paradigma: el que no pot continuar fent la psiquiatria és emprar els conceptes de salut i malaltia de la medicina sense abraçar plenament

el paradigma mèdic; per tant, té dues opcions: o l'assumeix completament o, com van proposar els membres de l'antipsiquiatria, l'abandonen i redefeixen la disciplina.

Novament veiem la premissa que l'única malaltia real és la malaltia física. Per això, la psiquiatria només pot abraçar aquell model de malaltia; l'alternativa és abandonar completament el concepte. Fins ací, Kendell, Szasz, Eysenck i Boorse estan d'acord. Ara bé, Boorse, de manera semblant a Kendell, afirma la tesi —i amb això s'allunya de l'antipsiquiatria— que “la idea funcional de la salut en la medicina física s'aplica tan directament a la ment com al cos” (BOORSE 1976, 62). Boorse (1977, 555) dona les definicions següents per tal de formular la seua teoria bioestadística:

1. La *classe de referència* és una classe natural d'organismes de disseny funcional uniforme; específicament, un grup d'edat d'un sexe i d'una espècie.
2. Una *funció normal* d'una part o procés dins dels membres de la classe de referència és una contribució estadísticament típica d'aquesta a la seua supervivència i reproducció individual.
3. La *salut* d'un membre de la classe de referència és la *capacitat funcional normal*: la disposició de cada part interna a realitzar totes les seues funcions normals en ocasions típiques amb almenys l'eficiència típica.
4. Una *malaltia* és un tipus d'estat intern que deteriora la salut, és a dir, redueix una o més capacitats funcionals per davall de l'eficiència típica.

La clau de la seua teoria bioestadística és que les malalties són considerades com a interferències amb funcions naturals, i l'organització típica de les espècies, com un fet biològic; així, segons Boorse, el concepte de malaltia [*disease*] estaria lliure de valors. Aquesta concepció, a més, serviria no solament per al cas de la malaltia física, sinó igualment per a la malaltia mental, la qual “seria un cas especial obtingut centrant-se en les funcions de processos mentals” (1976, 63). Per tant, es podria parlar de salut i malaltia mental si hi ha cossos tals com funcions mentals; i, segons Boorse, encara que no es pot parlar de funcions mentals amb la mateixa especificitat que en el cas de les corporals —a causa de la plasticitat cerebral, el rol de la cultura i de l'entorn— sí que podem afirmar que certs tipus de processos mentals duen a terme funcions estàndard en el comportament humà, com per exemple la percepció o la memòria.

Boorse (1975), a més, distingeix entre dues dimensions de la malaltia, la malaltia com a *disease* i com a *illness*. Mentre que la primera és susceptible de ser definida sense involucrar qüestions morals, la segona sí que les inclou: en aquest sentit, la malaltia [*illness*] seria indesitjable per a qui la pateix, li conferiria dret a un tractament especial i, a més, seria una excusa per a un

comportament altrament criticable. Podem observar que, en aquesta concepció de malaltia com a *illness*, hi apareixen dues esferes que altres teòrics situarien en la dimensió social [*sickness*]: el dret a tractament i a ser eximit de responsabilitat moral i/o legal. Tal com assenyala Bill Fulford, “el seu objectiu [...] ha sigut demostrar que, si bé la pràctica mèdica pot estar carregada de valors, la teoria mèdica n'està lliure i, per tant, és científica” (FULFORD 2001, 80).⁷

Malgrat la intenció de Boorse de defensar la psiquiatria dels atacs patits, ell mateix també hi realitza algunes consideracions crítiques, encara que no pretenen ser una esmena a la totalitat: el retret que realitza té a veure amb el fet que els psiquiatres, en lloc d'investigar l'organització funcional normal de la ment humana per a conèixer en què consisteix la salut mental, arriben a formular els seus criteris sobre aquesta a través de tres rutes diferents (i inadequades): seleccionant trets de personalitat que són altament valorats —com la dignitat o la decència— i igualant-los amb la salut mental; pressuposant que certes condicions són malalties mentals —com les psicosis— i, per tant, els seus símptomes constitueixen una definició negativa de salut mental; o buscant criteris (socials) per a la definició d'un comportament normal com a mostra de salut mental. Al seu judici, “els mètodes utilitzats per la majoria dels teòrics de la ‘salut mental’ són essencialment indefensables” (BOORSE 1976, 81) i ací és on la psiquiatria es veurà forçada a decidir entre la investigació de l'organització funcional normal de la ment humana o l'abandó del camp de la salut en favor d'altres paradigmes.

Com era d'esperar, la proposta de Boorse també ha sigut objecte d'importants crítiques, les quals s'han dirigit, entre altres, a la seua noció de classes de referència i de funció biològica, així com a la seua afirmació que aquestes estan desproveïdes de qüestions de valor (FULFORD 2001; KINGMA 2007; 2013).

Boorse necessita justificar, sense referència prèvia a la salut i al trastorn, per què de totes les possibles formes d'agrupar els éssers humans, només l'edat, el sexe i tal vegada la raça són les agrupacions que sustenten una anàlisi de la salut i el trastorn. I com que Boorse es compromet a argumentar que la BST [teoria bioestadística] està lliure de valors [...] aquesta justificació per a admetre certes classes de referència també hauria de ser lliure de valors. Tal justificació no

⁷ Un important aspecte filosòfic a problematitzar és la pretesa nítida distinció que se sol traçar entre fets i valors (PUTNAM 2002). La concepció ací presentada de la ciència com a encarregada de tractar únicament descripcions objectives, que ens remet a concepcions positivistes, presenta problemes importants, màximament quan del que es tracta és de despullar la medicina —disciplina clarament lligada a la pràctica— de tota qüestió de valor. A més, no solament és qüestionable la distinció mateixa, sinó que no és obvi que el fet que una classificació o empresa teòrica es trobe influenciada per valors impedisca que rastregi qüestions de fet; en aquest sentit, caldria preguntar-se per les condicions mateixes del coneixement i l'objectivitat (HASLANGER 2012).

circular i mancada de valors no és possible: restringir les classes de referència a grups humans sans seria circular, i altres propostes o bé no generen els resultats correctes o bé apel·len a valors (KINGMA 2013, 370)

Problemes similars es presentarien a l'hora de definir la funció mental, perquè sembla ser que l'arquitectura de la ment hi possibilita una aproximació pluralista, de manera que en última instància hàgem també de justificar per què hem triat una manera d'*esculpir els nostres conceptes* en lloc d'una altra. Ara bé, sembla que els valors ací implicats no són exactament de la mateixa naturalesa o no tenen el mateix rol que aquells valors que criticaven els membres del Moviment Antipsiquiatria. Del que ací es tracta és de triar el mapa conceptual que millor pugui representar l'arquitectura i el funcionament mental, sense perdre de vista que *millor* inclou també propòsits pràctics i valors, però no per això deixaria de capturar fets del món natural.

D'altra banda, filòsofs com Fulford han assenyalat que el concepte de funció suposa un altre repte per al naturalista, i és que no els pareix obvi que estiga exempt de valoracions, en aquest cas perquè no està clar que el seu ús sigui merament descriptiu: “perquè si bé és cert que *funció* és un terme propi de la biologia (que és una ciència), és un terme més aviat teleològic que (purament) causal; i la teleologia [...] pot connectar-se conceptualment a través de propòsits i intencions amb els valors” (FULFORD 2001, 83). Boorse defineix causalment *funció* com “una contribució causal estàndard a una finalitat efectivament perseguida per l'organisme” (BOORSE 1975, 57), en connexió amb les nocions evolutives de supervivència i reproducció. D'acord amb Fulford, la noció clau per a introduir valors en la teoria de Boorse és la de *finalitat* [*goal*]: així, el concepte de *finalitat*, com a concepte teleològic, ens permetria parlar d'un bon i mal funcionament depenent de si aquesta es pot aconseguir o no; però això només ocorre perquè el concepte mateix involucra un element avaluatiu: una finalitat és alguna cosa que es persegueix, es desitja, es necessita, etc.⁸

Per a superar algunes de les dificultats a les quals s'enfronta la teoria de Boorse, Jerome Wakefield proposà la seua teoria del trastorn com a *disfunció perjudicial*, en la qual la noció de funció es queda íntimament lligada a la selecció natural. Veurem aquesta proposta, considerada *hibrida*, al final d'aquest treball. Abans, però, farem un repàs a les postures que comprenen la malaltia, tant física com mental i en totes les seues dimensions, com un constructe social.

⁸ El debat sobre la noció de funció biològica és molt extens en el camp de la filosofia de la biologia. Un recorregut per l'esmentat debat excedeix els propòsits d'aquest treball, però el lector interessat pot consultar *Psychiatry in the Scientific Image* (MURPHY 2006, 77-87), on Dominic Murphy, a més de rebutjar tant l'aproximació en termes evolutius de Boorse com la lectura en termes teleològics de Fulford, fa un repàs ràpid sobre les claus del debat al voltant d'aquesta noció.

Fins ara hem revisat postures que, malgrat que compten amb elements revisionistes, no han posat en qüestió la possibilitat de donar una definició i arribar a un coneixement lliure de valors de la malaltia orgànica [*disease*]. Referent a això, ja avançàvem en veure la postura de Talcott Parsons que aquesta crítica seria duta a terme des del camp del construccionisme social, mostrant com els factors socials són constitutius de la dimensió orgànica de la malaltia [*disease*], igual que es va fer amb les dimensions subjectives [*illness*] i socials [*sickness*].

Com Ian Hacking (1999) assenyala, usualment l'objectiu social de les anàlisis construccionistes socials sol ser el d'emfatitzar els aspectes culturals i històrics de classificacions i d'objectes comunament compresos com a naturals; d'aquesta manera, se'ls despulla de la necessitat associada al món natural i se n'exposa la contingència, la qual cosa en possibilita la revisió i fins i tot la possible eliminació. Seguint també Hacking, introduïrem superficialment una distinció que ell traça per a comprendre millor els discursos sobre la construcció social: la construcció d'idees i d'objectes. Així, la construcció d'idees remet al fet que les nostres classificacions, el nostre coneixement, estan travessats per factors socials; en canvi, en parlar de la construcció de l'objecte s'apunta al fet que la seua pròpia naturalesa és social i no natural. Una vegada feta aquesta distinció, podem veure com alguns teòrics de la construcció social argumentaran a favor de la construcció de la idea de malaltia [*disease*], però no de l'objecte. Aquestes seran les formes de construccionisme social de la malaltia més febles. En canvi, els autors que aposten per formes construccionistes socials més radicals, o bé senzillament no traçen la distinció entre idea i objecte, o bé afirmaran que tant la idea de malaltia com la malaltia com a objecte estan construïts socialment. El sociòleg Eliot Freidson, que pertany al primer grup, argumenta a favor de la construcció social de la idea de malaltia, però es mostra més caut a l'hora de parlar de la seua construcció com a objecte, deixant espai a la possibilitat que, després de tot —a pesar que les nostres classificacions estan travessades per factors socials— aquest concepte aconseguisca capturar alguna qüestió de fet, un estat natural de coses:

la malaltia com a tal pot ser una malaltia biològica [*biological disease*], però la idea de malaltia no ho és, i tampoc ho és la forma en què els humans responen a ella. Així, la desviació o malaltia biològica es defineix socialment i està envoltada d'actes socials que la condicionen (FREIDSON 1970, 209)

Quan Freidson parla de la malaltia *com a tal*, podem interpretar fàcilment que s'està referint a la malaltia com a objecte contràriament a la malaltia com

a idea, a la qual fa al·lusió seguidament. Traçant aquesta distinció, Freidson no qüestiona l'existència d'una dimensió de la malaltia que siga independent dels factors socials —independentment real—, però quan l'ésser humà interactua amb la malaltia, no només ho fa amb l'objecte, sinó també amb la idea:⁹ “mentre que la malaltia com a estat biofísic existeix independentment del coneixement i l'avaluació humana, la malaltia com a estat social és creada i modelada pel coneixement i l'avaluació humana” (FREIDSON 1970, 223). Ara bé, encara que tals estats biofísics siguen independents del nostre coneixement sobre ells, el fet que nosaltres els considerem malalties —això és, considerem que s'han desviat d'una norma— no és merament un fet natural, sinó que involucra qüestions de valor perquè els considerem indesitjables.

Christopher Boorse es va referir a aquest tipus de propostes com *normativistes febles* —en un sentit similar l'esmentat més amunt— ja que tenen un component descriptiu i un altre de normatiu, els quals deixen espai per a una dimensió natural, una dimensió biofísica, fora del discurs i de les pràctiques socials; tot això en contrast amb el normativisme fort, el qual opina “que els judicis de salut són avaluacions pures sense significat descriptiu; el normativisme feble permet que tals judicis tinguin un component tant descriptiu com normatiu” (BOORSE 1975, 51). Dins d'aquest tipus de normativisme feble, trobaríem també autors com H. Tristram Engelhardt (1976) —que realitzà una fina anàlisi sobre els diferents tipus de valors que entren en joc en les diferents dimensions de la malaltia, així com en la malaltia com a estat biofísic i les explicacions que realitzem sobre aquest estat—; o Joseph Margolis, que mantingué un interessant debat amb Christopher Boorse sobre la imbricació dels valors en la determinació de la funció natural (BOORSE 1975; MARGOLIS 1959).

Passem ara a explorar les postures que aposten per una construcció forta, pròpies d'autors que, o bé no tracen la distinció entre la construcció d'idees i d'objectes, o bé consideren que el vessant orgànic de la malaltia està construït com a idea i com a objecte. Aquest seria el cas d'autors com Peter Sedgwick (1982) o Bryan Turner (1984/2008; 1987/1995), que al seu torn recorren amb freqüència als estudis del filòsof francès Michel Foucault (1963; 1966). Així, mentre que una postura construccionista feble en el terreny de la malaltia

⁹ Ací, Freidson sembla estar apuntant al que, anys més tard, Ian Hacking (1996) va encunyar com *efecte bucle* i Sally Haslanger (2012) com *construcció social discursiva*; l'impacte que el discurs té, tant en la subjectivitat i comportament humans, com en la creació o configuració d'objectes: “quan un metge diagnostica la condició d'un ésser humà com a malaltia, en canvia el comportament mitjançant el diagnòstic: un estat social s'afig a un estat biofísic assignant el significat de malaltia a la malaltia. És en aquest sentit que el metge crea malaltia de la mateixa manera que el legislador crea crim, i que la malaltia és una espècie de desviació social analítica i empíricament diferent de la mera malaltia” (FREIDSON 1970, 223).

orgànica desemascararia la construcció social del coneixement mèdic —en termes de Hacking, la construcció de la idea o classificació de la malaltia—, la visió forta del construccionisme social de la malaltia sostindria no solament que el nostre coneixement mèdic es troba construït, sinó que la malaltia, com a entitat, també es troba construïda: que està constituïda per factors socials en lloc d'estar-ho per fets naturals. Així, encara que totes dues postures estarien d'acord que “el coneixement mèdic sobre la malaltia [*disease*] no és necessàriament de naturalesa objectiva, sinó que és construït i desenvolupat pels seus autors i les parts interessades, que amb freqüència tenen una agenda avaluativa sòlida” (CONRAD i BARKER 2010, 76), els segons farien un pas en el terreny ontològic. Vegem com ho presenta un defensor de la construcció social radical, Bryan Turner.

Turner està particularment interessat en la relació entre el coneixement i el poder en la distribució social de la salut i la malaltia. El seu màxim interès resideix en l'estudi del rol del discurs mèdic com a fonament del seu poder. La seua aproximació involucra una anàlisi de la idea de malaltia com a interpretació mèdica de la realitat, la qual cosa el portarà a realitzar una avaluació crítica de la disposició d'allò natural a través de la perspectiva de la sociologia del coneixement de les categories de *disease* i *illness*. Així, des d'una perspectiva sociològica i filosòfica, tractarà els conceptes de la ciència mèdica com a producte de canvis culturals, sempre constrets pel llenguatge. Turner es basa fortament en el treball de Foucault, que veia el coneixement científic com qualsevol altra forma de coneixement humà: constret per les limitacions del llenguatge, constituït per interpretacions i metàfores i lluny d'una pretesa objectivitat. Segons Turner, això té conseqüències importants per a la medicina:

No podem continuar considerant les malalties com a esdeveniments naturals del món que ocorren fora del llenguatge amb què se'ls descriu. L'entitat de la malaltia és producte dels discursos mèdics, que al seu torn reflecteixen la manera dominant de pensar d'una societat. [...] El que les coses són depèn de com són definides; com es defineixen les coses depèn de com la cultura general situa els fenòmens dins dels espais de convenció. Si adoptem aquesta teoria del coneixement, llavors la malaltia [*disease*] no és una entitat patològica en la naturalesa, sinó el resultat de processos sociohistòrics (TURNER 1987/1995, 11-2)

Turner afirma estar fent *ontologia social* en preguntar-se què és la malaltia [*disease*]; i tenia per labor dilucidar les *constitucions socials* de les malalties [*diseases*].¹⁰ A més, l'anàlisi de l'ontologia social de la malaltia ens ha de

¹⁰ Estem emfatitzant entre claudàtors l'ús del terme *disease* per a no perdre de vista que el que està en qüestió és la dimensió orgànica, com a fenomen biològic o natural, de la malaltia, tant física com mental.

portar a considerar també l'ontologia del cos, perquè un concepte no es pot comprendre sense l'altre; igual que tampoc pot comprendre's la separació de la medicina corporal i la medicina mental —psiquiatria— sense entendre la vella escissió que ha dominat nostra cultura, l'escissió entre cos i ment. L'estudi sociològic i filosòficoontològic del cos és fonamental, al parer de Turner, per a entendre el fenomen de la malaltia, atès que la malaltia [*disease*] es presenta com una entitat neutral i natural que resideix en la naturalesa, és a dir, en el cos del pacient. Turner, així com altres construccionistes, formularà la pregunta ontològica per a la realitat del cos i també respondrà a la pregunta a través del construccionisme social, apuntant als processos i realitats socials que el conformen (BUTLER 2011; TURNER 2008; WILLIAMS 2006).

La rellevància que tenen aquests discursos per al nostre treball és que, com hem vist fins ara, bona part dels intents de donar compte de la malaltia mental —siga per a legitimar-la o per a deslegitimar-la— tenen a veure amb la consideració d'aquesta com a malaltia corporal, atès que la noció de malaltia corporal sembla habitualment menys problemàtica, en considerar-se que únicament està rastrejant un fet natural quan traça la línia entre allò normal i allò patològic, de manera objectiva, sense que hi medien qüestions de valor. Això seria, segons el parer de Peter Sedgwick, un greu error:

Molt encertadament, els antipsiquiatres han assenyalat que les categories psicopatològiques es refereixen a judicis de valor i que la malaltia mental n'és una desviació. D'altra banda, les crítiques antipsiquiàtriques s'equivoquen quan s'imaginen que la medicina física és essencialment diferent, en la seua lògica, de la psiquiatria. Un diagnòstic de diabetis, o parèsia, inclou el reconeixement de normes o valors (SEDGWICK 1982, 38)

Mostrar la construcció social de la malaltia orgànica és exposar que aquesta no es desvia de normes biològiques, sinó socials, i que, a més a més, sols està constituïda per factors socials; així mateix, que necessàriament està travessada per les contingències i arbitrarietats de cada cultura —i, per aquesta raó, la malaltia no pot ser un fenomen universal ni necessari, sinó que albergaria espai en el seu si per a la revisió i reconstrucció—. Arribats a aquest punt, ens agradaria detindre'ns per a analitzar amb una mica més de detall algunes tesis i arguments construccionistes, a fi de precisar —seguint l'esperit de Hacking— quins són els diferents sentits en què algú podria considerar un objecte com a constructe social; per a fer-ho, recorrerem a algunes distincions traçades per la filòsofa Sally Haslanger (2012).

ALGUNES OBSERVACIONS SOBRE LA CONSTRUCCIÓ SOCIAL
DE LA MALALTIA (MENTAL)

El primer que podem començar clarificant, encara que ja ha sigut expressat anteriorment, és el sentit general de construcció social: “quelcom és una construcció social en el sentit genèric si, i només si, és un producte intencionat o inintencionat d’una pràctica social” (HASLANGER 2012, 86). Per a precisar de quina manera un objecte pot construir-se socialment, Haslanger (2012, 87-8) ens ofereix les següents distincions:

Construcció causal: alguna cosa està causalment construïda si, i només si, els factors socials hi juguen un rol causal en portar-la a l’existència o, en una mesura substancial, siga com és.

Construcció constitutiva: alguna cosa està constitutivament construïda si, i només si, en definir-la hem de fer referència a factors socials.

Construcció discursiva: alguna cosa està discursivament construïda només en cas que siga com és, en una mesura substancial, pel que se li atribueix (i/o autoatribueix).

A través d’aquestes eines analítiques podem ampliar la nostra comprensió d’algunes qüestions tractades més amunt; màximament quan s’entrellacen amb les dimensions orgànica, subjectiva i social de la malaltia. Ara repassarem, amb la seua ajuda, el debat exposat fins ací. En primer lloc, hem començat en els anys cinquanta amb la proposta del sociòleg Talcott Parsons, que ja feia servir la distinció entre les dimensions orgànica, subjectiva i social de la malaltia. Segons l’anàlisi de Parsons, les dimensions subjectiva i social de la malaltia estan socialment construïdes constitutivament; així doncs, per a definir-les, és necessari apel·lar a factors socials: tant per a comprendre la subjectivitat del malalt com per a comprendre’n el rol cal atendre a valors i pràctiques socials, i no merament a fets naturals. La dimensió orgànica de la malaltia, per part seua, no estaria constitutivament construïda socialment, perquè en la seua definició no seria necessari fer referència a factors socials; sí que estaria, en canvi, construïda causalment, perquè els factors socials —com per exemple les estructures i pràctiques mèdiques— tindrien una incidència en el seu curs; fins i tot la mateixa subjectivitat, la disposició amb la qual s’enfronta la malaltia, hi pot incidir, tal com s’ha mostrat en el cas de la recuperació enfront de processos infecciosos i, encara més, en el cas de les malalties mentals. En el cas de les dimensions subjectiva i social de la malaltia, hi observem també el rol de la construcció discursiva: tant la subjectivitat del malalt com el rol social que aquest adopta són configurats, en bona mesura, pel discurs mèdic.

Per part seua, l'anàlisi de naturalistes com Thomas Szasz apuntaria que les malalties corporals no es troben constitutivament construïdes socialment —en la mesura que apunten a fets naturals, a alteracions fisiopatològiques—; en canvi, això sí que s'esdevé en les malalties mentals, perquè tot el que trobem en la seua definició són factors socials, i no fets naturals. La seua construcció també seria discursiva, perquè és el discurs mèdic —al costat de l'avaluació social negativa— el que les fa existir. De la mateixa manera, aquest discurs mèdic impacta i conforma tant la subjectivitat individual com el rol social del malalt. Altres postures naturalistes, com la de Robert Kendell, considerarien que ni la malaltia mental, ni la malaltia corporal estan constitutivament construïdes, perquè es poden trobar fets naturals, en forma de disfunció biològica, que les defineixen, sense que hi medien qüestions de valor o factors socials de cap mena. Per part seua, Christopher Boorse, en distingir clarament entre el vessant orgànic de la malaltia [*disease*] i el vessant subjectiu i social (recollides totes dues sota el concepte d'*illness*) deixa espai a la construcció social constitutiva i causal de les dimensions subjectiva i social —perquè es veuen impactades pel discurs mèdic i recullen també les valoracions, preferències i el significat que els atorga tant qui les pateix com la resta de la societat—; però deixa un espai lliure de construcció per al vessant orgànic de la malaltia [*disease*], per a la definició de la qual no cal atendre a factors socials, sinó merament a la funció biològica, a través de la seua anàlisi bioestadística. Finalment, les formes més radicals de construccionisme social assenyalarien la construcció social causal i constitutiva de les dimensions orgànica, subjectiva i social de tota malaltia, física o mental. En el cas que acabem de revisar en la secció anterior d'aquest treball, la construcció social de la malaltia corporal, hem vist que l'argumentació de Bryan Turner s'ha centrat a revelar com la malaltia corporal està constitutivament construïda de manera radical —ja que, per tal de definirla, és imprescindible apel·lar a factors socials, en aquest cas, a relacions de poder; fins al punt que amb això esgotarem la seua definició—. Quan Bryan Turner afirma que la malaltia [*disease*] és producte dels discursos mèdics no està afirmant altra cosa que, allò que semblava remetre a una entitat de la naturalesa, no remet sinó a alguna cosa que no siga el mateix discurs, sustentat pel poder mèdic. Per tant, els factors socials —en aquest cas, el discurs i les pràctiques mèdiques— constitueixen —en un sentit ontològicament fort— la malaltia [*disease*].

Avaluem, per últim, l'argument que Turner ens ofereix, abans de passar a revisar les postures híbrides. El seu argument es pot condensar en les línies següents: (1) totes les narratives —conjunts d'esdeveniments dins d'un llenguatge— depenen de diverses convencions del llenguatge —que és un sistema autoreferencial—; (2) res ocorre fora del llenguatge; (3) per tant, el

que sabem “del món” és simplement el resultat de convencions arbitràries que adoptem per a descriure el món; (4) si adoptem aquesta teoria del coneixement, llavors la malaltia [*disease*] no és una entitat patològica en la naturalesa, sinó el resultat de processos sociohistòrics (TURNER 1987/1995, 11-2).

Encara que aquest argument sembla funcionar en un pla epistèmic, en observar-lo detingudament podem apreciar que no és exactament així: en primer lloc, alguns elements són ambigus, com per exemple la segona premissa, que sentència que res *ocorre* fora del llenguatge —la qual cosa sembla remetre més a un pla metafísic—; en segon lloc, i més important, el quart punt ens remet directament a un pla ontològic. Realitza un pas —il·legítim, al nostre judici— des de la teoria del coneixement a l'ontologia. Com hem assenyalat al principi, la intenció de Turner era la de realitzar una ontologia social; i ara veiem clarament com ho du a terme, perquè el seu argument sobre la realitat de la *disease* col·lapsa els plans epistèmic i ontològic inferint el que la malaltia *és* a través de com la coneixem: “El que les coses són depèn de com són definides” (TURNER 1987/1995, 11). Sense entrar a valorar l'encert o no de la teoria del coneixement proposada —i basada en Foucault—, podem criticar aquest pas il·legítim d'una esfera a una altra. L'argument proposat ací segueix la tendència d'aquells que desitgen presentar la realitat no com a objecte dels nostres esforços epistèmics, sinó com el seu producte, passant del reconeixement dels factors socials que condicionen el nostre coneixement a la tesi que tals factors en constitueixen la realitat. Acceptar que la realitat només pot ser representada pel llenguatge no ens porta a concloure que la realitat està constituïda pel llenguatge o que fora d'aquest *no ocorre res* (SEARLE 1995); de la mateixa manera, acceptar que els nostres criteris epistèmics poden estar influenciats per factors i relacions socials no iguala el contingut de les nostres atribucions amb aquells (HASLANGER 2012).

DE L'ANTIPSIQUIATRIA A LA PSIQUIATRIA CRÍTICA

L'últim tram del nostre recorregut pels debats entorn de la definició de la malaltia mental arriba fins als nostres dies, de la mà del que s'ha denominat *psiquiatria crítica*. Igual que en les dècades passades, quan els debats tenien un rerefons social molt important, hui dia els problemes teòrics de la psiquiatria també influencien i es veuen influenciats per l'opinió pública i els problemes socials. Mentre que en els seixanta i setanta el més preocupant era la qüestió de l'internament dels pacients mentals —és a dir, el més preocupant eren les malalties mentals greus—, hui dia la major preocupació apareix en el si dels trastorns menys severs —és a dir, en el que s'ha denominat *expansió del diagnòstic*

psiquiàtric i processos de patologització de la vida quotidiana (BALLESTEROS 2018A; FRANCES 2014). Actualment, és comú trobar postures que consideren que la psiquiatria té legítimament un nucli d'afeccions mentals per tractar, però aquestes no representarien el gruix de la pràctica psiquiàtrica. A més, bona part del debat té també relació amb el tractament psicofarmacològic de la malaltia o trastorn mental, el qual s'ha imposat en la pràctica psiquiàtrica i ha ajudat a forjar una imatge biologicista de la ment i les patologies mentals (BALLESTEROS 2018B; KRAMER 1993). En aquest sentit, hi apareixen també veus crítiques que qüestionen l'eficàcia del tractament farmacològic i posen en dubte la imatge de progrés que amb freqüència es presenta de la psiquiatria (BENTALL 2009; KIRSCH 2010; WHITAKER I COSGROVE 2015).

Aquests canvis en el focus de les problemàtiques té molt a veure amb el desenvolupament mateix de la psiquiatria. Encara que no tenim espai aquí per a desenvolupar aquesta qüestió en profunditat, ens agradaria apuntar una sèrie de condicions que han afavorit aquest procés expansiu de la psiquiatria. En primer lloc, l'aparició del DSM-III en 1980 se situa com una fita atès que, en oferir definicions operacionalitzades per als diferents trastorns mentals, aconseguí un consens mai vist abans en el diagnòstic psiquiàtric (FRANCES 2014), la qual cosa va ser molt positiva per a respondre a les veus més crítiques: era, almenys, el primer pas per a portar la psiquiatria al terreny segur de la medicina, ja que se'n va aconseguir estandarditzar els criteris diagnòstics, independentment de l'escola a la qual pertanguera el terapeuta. El problema del DSM-III —que s'ha vist agreujat posteriorment— és que ja contenia criteris diagnòstics laxos, mentre que a penes reconeixia la importància d'atendre al context per a avaluar si unes símptomes podien ser-hi una resposta normal o no. En segon lloc, l'aparició del *Prozac* a la fi de la dècada dels 80 suposà també una revolució, perquè per fi es comptava amb una medicació específicament dissenyada per al tractament d'un trastorn mental —la depressió—, la qual va poder ser consumida per milions de persones a causa dels seus (relativament) pocs efectes secundaris (KRAMER 1993). En tercer lloc, cal destacar explícitament el rol de la indústria farmacèutica a l'hora de pressionar per al consum dels seus psicofàrmacs (KIRSCH 2010; LANE 2007). En quart lloc, cal recordar que la dècada dels 90 és usualment coneguda com “la dècada del cervell”, a causa de l'enlairament de les neurociències: en aquest sentit, donada la relació de legitimació que hem exposat al llarg de l'article entre la biologia i la malaltia mental, fou d'una importància crucial començar a trobar els primers correlats entre les símptomes mentals i les seues bases biològiques (ANDREASEN 1995). Finalment, tampoc no podem obviar la pròpia estructura dels nostres serveis sanitaris, en què preval l'atenció psiquiàtrica en lloc de la psicològica.

Ho posem sota el punt de vista d'Allen Frances, que va estar al capdavant de la redacció del DSM-IV i ara entona el *mea culpa*:

La promoció de malalties no pot ocórrer en un buit: exigeix que les companyies farmacèutiques busquen la col·laboració activa dels metges que escriuen les receptes, els pacients que les demanen, els investigadors que inventen els nous trastorns mentals, els grups de consumidors que advoquen per més tractament i els mitjans de comunicació i Internet que difonen el missatge (FRANCES 2014, 29)

En aquest paradigma d'expansió psiquiàtrica, una de les qüestions més apressants és la de distingir els trastorns *reals* del que són *afeccions normals patològitzades*; màximament quan els criteris diagnòstics s'han vist usualment rebaixats edició rere edició del DSM, de manera que engloben cada vegada més persones (FRANCES 2014). Ara bé, com podem distingir quines afeccions són realment trastorns mentals i quines no ho són, quan encara no hem arribat a un consens sobre què és o ha de ser un trastorn mental? Davant la dificultat per a respondre a això, psiquiatres com Frances aposten directament per una solució pragmàtica: traçar la línia entre allò normal i allò patològic de manera que englobe només aquells que presenten símptomes greus i que no remetran per ells mateixos amb el pas del temps:

El trastorn psiquiàtric consisteix en símptomes i conductes que no s'autocorregeixen, és a dir, en una interrupció del procés homeostàtic normal de curació. La inflació diagnòstica ocorre quan confonem les típiques pertorbacions que són part de la vida de tots amb vertaders trastorns psiquiàtrics (FRANCES 2014, 32)

Aquest problema d'inflació diagnòstica el trobem, entre altres, en afeccions com el Trastorn Depressiu Major (BALLESTEROS 2018A; HORWITZ I WAKEFIELD 2007; WAKEFIELD 2015), el Trastorn d'Ansietat Social (LANE 2007) o el Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (EISENBERG 2007). La gravetat de la situació resideix, no solament en la inflació diagnòstica, sinó en el tractament psicofarmacològic d'aquestes condicions quan no són *realment* patològiques, ja que, a part de comportar efectes secundaris, poden interferir amb els processos homeostàtics de curació.

Precisament, a dur a terme aquesta tasca de distingir allò realment patològic d'allò *patològitzat* s'ha centrat Jerome Wakefield, amb una profunda anàlisi sobre el fenomen de la depressió i la progressiva transformació de la tristesa intensa en depressió que hem viscut recentment en la nostra societat. Segons el parer de Wakefield, el fenomen que recullen els manuals diagnòstics

no és un trastorn mental, sinó que els criteris diagnòstics són tan laxos i mancats de referències al context que confonen sistemàticament el que és una resposta normal, adaptativa, dels mecanismes de superació de la pèrdua, amb un funcionament patològic d'aquests (BALLESTEROS 2018A; HORWITZ i WAKEFIELD 2007). Exposarem a continuació el seu concepte de trastorn mental per a comprendre millor la seua crítica.

EL TRASTORN MENTAL COM A DISFUNCIÓ PERJUDICIAL

Abans de presentar la proposta de Wakefield, convé ressaltar un canvi important en la seua terminologia; i és que Wakefield abandona el terme *malaltia* en totes les seues dimensions (*disease*, *illness* i *sickness*) per a substituir-lo pel de trastorn [*disorder*]. Segons el seu parer, el terme *trastorn* és més ampli i cobreix tant les lesions traumàtiques com les dimensions orgàniques [*disease*] i subjectives [*illness*] de la malaltia. No obstant això, Wakefield comparteix amb Kendell i Boorse la seua aproximació naturalista a través de la noció de funció biològica, encara que amb alguns refinaments. Allí on Boorse va haver de servir-se de la noció de classe de referència per a poder fonamentar objectivament el concepte de malaltia, Wakefield hi assenyala el *disseny*¹¹ evolutiu per formular les nocions de funció i disfunció sense introduir qüestions de valor.

Mentre que per a Boorse el concepte de malaltia [*disease*] estava lliure de valors perquè era igual al concepte de disfunció, per a Wakefield el concepte de trastorn [*disorder*] inclou ja valors, en tant que és la suma d'una disfunció i una valoració negativa d'aquesta; per aquest motiu, batejà la seua teoria sobre el concepte de trastorn com *anàlisi de la disfunció perjudicial*. Vegem-ho més detalladament:

un trastorn es troba en el límit entre el món natural donat i el món social construït; un trastorn existeix quan el fracàs dels mecanismes interns d'una persona en l'acompliment de les seues funcions segons disseny natural afecta perjudicialment el benestar de la persona segons allò definit pels valors i significats socials (WAKEFIELD 1992, 373)

Wakefield defineix la seua proposta com a *híbrida* en tant que el terme *disfunció* és un terme científic, propi de la biologia evolutiva, mentre que el terme *perjudicial* apunta a estàndards socioculturals; d'aquesta manera, el

¹¹ Òbviament, quan parlem de disseny o quan més endavant parlem de propòsit no estem fent sinó un ús metafòric dels termes, ja que aquest tipus d'intencionalitat no pot ser atribuïda als processos naturals.

concepte de trastorn mental tindria una naturalesa híbrida. Quan parla de mecanismes interns, aquests han d'entendre's de manera àmplia, fent referència tant a estructures físiques i òrgans com a estructures i disposicions mentals. En aquest sentit, pot parlar de mecanismes motivacionals, cognitius, afectius o perceptius. Igual que Boorse, Wakefield considera que els processos mentals exerceixen un rol en la supervivència i la reproducció, de manera que —com Darwin també emfatitzava— aquests foren seleccionats naturalment per la funció que exercien. Així, la disfunció apareix quan “algunes condicions mentals interfereixen amb la capacitat d'aquests mecanismes mentals per a realitzar les funcions per a les quals van ser dissenyats” (WAKEFIELD 1992, 375). És important notar que una aproximació evolutiva és plenament compatible amb una descripció en termes mentals o comportamentals dels mecanismes com a descripcions biològiques, la qual cosa és clau per a no caure en un paradigma tan limitat com el que plantejava Thomas Szasz.

Per a definir amb més detall la seua noció de funció biològica, Wakefield hi estableix un paral·lelisme amb la funció dels artefactes artificials: així com la funció d'un artefacte és important perquè a través de la seua connexió amb el disseny i el propòsit posseeix un gran valor explicatiu, els mecanismes naturals poden ser —parcialment— explicats inferint-ne els efectes, de manera que les funcions naturals són aquelles els efectes de les quals apareixen en tals explicacions. Així, “una funció natural d'un òrgan o un altre mecanisme és un efecte de l'òrgan o mecanisme que entra en una explicació de l'existència, estructura o activitat de l'òrgan o mecanisme” (WAKEFIELD 1992, 386). La teoria que hui dia millor pot oferir-nos aquest tipus d'explicacions sobre la presència i estructura de tals mecanismes és la teoria de l'evolució: aquells mecanismes que tingueren un efecte positiu sobre l'èxit reproductiu d'organismes passats durant suficients generacions hi van ser seleccionats naturalment, de manera que perduren en els organismes actuals. Havent construït d'una manera científica, objectiva, la noció de funció, la seua contrària —la disfunció— es presenta també com un concepte científic. Una dificultat que apareix, com així ho reconeix Wakefield, és que arribar a tindre coneixement sobre quines són, de fet, les funcions dels mecanismes mentals és una tasca de gran complexitat i, previsiblement, subjecta a grans controvèrsies; sobretot considerant la gran ignorància que hi tenim actualment.

Wakefield dedica la major part dels seus esforços argumentatius a aquella primera part de la definició de trastorn, a la disfunció; no obstant això, també fa algunes observacions sobre la segona condició: que una disfunció ha de ser perjudicial per a ser autènticament un trastorn. En aquest sentit assenyala que, atès que l'entorn actual difereix tant de l'entorn en què operaven les pressions selectives, és possible que les afeccions que anteriorment podrien haver suposat

un desavantatge o perjudici, hui dia no suposen un problema. És per això que no n'hi ha prou amb l'existència d'una disfunció per parlar de trastorn: aquest, a més, ha de suposar un perjudici, segons és jutjat pels estàndards culturals de l'època. Podem donar ara una definició més completa dels trastorns mentals com a disfuncions perjudicials:

Una afecció és un trastorn mental si, i només si, (a) l'afecció causa algun mal o privació de benefici a la persona segons els estàndards de la cultura de la persona (el criteri de valor), i (b) l'afecció resulta de la incapacitat d'algun mecanisme mental per a realitzar la seua funció natural, tenint en compte que una funció natural és un efecte que forma part de l'explicació evolutiva de l'existència i estructura del mecanisme mental (el criteri explicatiu) (WAKEFIELD 1992, 385)

És important apreciar el rol que juguen totes dues parts de la definició, que es complementen mútuament: en primer lloc, restringir els trastorns a disfuncions en un sentit evolutiu evita que qualsevol afecció, comportament, resposta emocional, etc. que jutgem com a negativa es convertisca en un trastorn mental, la qual cosa és de gran importància donades les implicacions pràctiques que estan associades als trastorns mentals, com per exemple la necessitat de tractament. D'aquesta manera, per exemple, podrien evitar-se abusos com els ocorreguts en el cas de la drapetomania, *la malaltia que provoca que els negres fugen*, una suposada malaltia mental patida pels esclaus que, desafiant la seua naturalesa, decidien fugir i buscar la llibertat (CARTWRIGHT 1851). Per una altra banda, la condició que la disfunció resulte perjudicial o nociva per a l'individu també és important, perquè evita que qualsevol disfunció es convertisca automàticament en trastorn, de manera que, per dir-ho així, no ens vegem constrets pels fets biològics, sinó que deixem un espai per als valors morals i preferències socials. Així, per exemple, si finalment arribàrem a conèixer que l'homosexualitat involucra la disfunció d'algun mecanisme biològic, això no la convertiria necessàriament en un trastorn, perquè encara caldria valorar-ne l'impacte sobre l'individu.

Encara que la majoria de les crítiques a la proposta de Wakefield han estat dirigides a la primera part de la seua definició —com veurem tot seguit—, la veritat és que la segona part no està exempta de problemes. Tornem a reflexionar sobre el cas de l'homosexualitat: si arribara a conèixer-se que, efectivament, aquesta involucra algun tipus de disfunció biològica, com caldria aplicar-s'hi el segon criteri? Hauríem de definir-ne el caràcter perjudicial tan sols mirant els valors i preferències socials —el que, de fet, és socialment considerat com un perjudici— o hi hauria espai per a dur a terme una reflexió sobre el que hauria de ser considerat com a perjudicial, independentment de la seua consideració

social actual? És a dir, és possible que, de fet, l'homosexualitat estiga socialment considerada com a perjudicial perquè, per exemple, es considere que impedeix el ple desenvolupament de valors que se suposen centrals en la vida humana, com el de la família tradicional. En canvi, aquesta visió es pot confrontar argumentant sobre el que constitueix una vida o desenvolupament ple, la qual cosa no ha de passar necessàriament per la formació tradicional d'una família. No oblidem que, en última instància, aquells que revisen i elaboren els manuals diagnòstics són els qui han de decidir com aplicar aquest segon criteri: els experts poden reconèixer que, objectivament, certa afecció és entesa socialment com un perjudici o poden dur a terme una reflexió ètica per a valorar si una afecció suposa o no un perjudici. En el primer cas, malgrat que s'està tractant amb una valoració, ho estariem fent de manera objectiva, dedicant-nos a realitzar una investigació social, empírica, sobre la valoració que una societat fa de certa afecció. En el segon cas, el cas en què realitzarem una avaluació ètica al respecte, la nostra investigació seria objectiva o subjectiva depenent de si considerem que és possible mantindre una visió realista —que oferisca coneixement objectiu— sobre els valors morals o no.

Quant a la part referent a la disfunció, Wakefield també s'enfronta a crítiques importants, alguna més fàcilment salvable que d'altres. La primera d'elles, tal com la recull Kingma (2013), és la dels *trastorns seleccionats*, i apunta al fet que hi ha certs trets que foren seleccionats antigament però que hui dia considerem patològics pels efectes negatius que tenen en la nostra societat. Exemple d'això serien els comportaments antisocials, com les conductes extremadament violentes. Wakefield accepta aquesta observació i replica que en realitat no es problemàtica, ja que, efectivament, encara que hui dia considerem que això pot ser un trastorn mental, és merament perquè ho rebutgem i perquè considerem que pot beneficiar-se d'atenció mèdica.

Un altre problema, tal vegada de solució més complexa, és el dels *efectes no seleccionats*: “si una malaltia mental depèn d'estructures psicològiques que no tenen funció evolutiva, llavors no poden ser realment malalties mentals” (MURPHY 2006, 82). Per a exemplificar això, podem pensar en el cas de la capacitat humana de llegir (KINGMA 2013). Si aquesta habilitat fora una funció, llavors els efectes de la lectura haurien d'explicar per què els humans desenvolupem aquesta capacitat. Però sabem que la lectura és un fenomen molt recent, de manera que no pot haver sigut seleccionada com Wakefield pretén, sinó que probablement descansa en mecanismes que van ser seleccionats per altres efectes. Si la lectura no és una funció, llavors la dislèxia no pot ser un trastorn. Davant això, tenim tres eixides: la primera, considerar l'argument dels *efectes no seleccionats* com un argument fatal contra la teoria de Wakefield; la segona, acceptar que la dislèxia no és un trastorn, la qual cosa no ha d'implicar que no

hàgem de tractar-lo mèdicament; la tercera —la via per la qual opta Wakefield— considerar que, per a parlar de disfunció, és suficient que els mecanismes que possibiliten la capacitat de llegir —que sí que tenen una funció— no estiguen funcionant correctament, encara que aquesta capacitat no siga una funció. La resposta de Wakefield (1999) és que la dislèxia és un trastorn perquè, encara que la lectura no existeix com una funció seleccionada evolutivament i, per tant, la dislèxia no pot consistir en la disfunció d'aquesta, sí que hi subjau una disfunció d'algun mecanisme seleccionat per a altres propòsits. El problema és que sembla plausible que moltes de les nostres funcions mentals siguen com la lectura, és a dir, que facen ús de mecanismes que van ser seleccionats per a altres propòsits. Estaríem, per tant, davant una multitud de trets que manquen de funció i, en conseqüència, de la possibilitat de no funcionar correctament. No és evident fins a quin punt podríem donar explicacions com la de la dislèxia —si és que aquesta ens convenç— per a tots ells.

Altres crítiques s'han dirigit cap a les dificultats pràctiques que hui dia trobem a l'hora d'emprar el concepte de trastorn mental com a disfunció perjudicial, a causa dels pocs coneixements que tenim sobre la funció biològica en el sentit evolutiu (MURPHY 2006, 44). Si haguérem d'omplir les pàgines dels manuals psiquiàtrics únicament amb aquells trastorns que *sabem* que involucren la disfunció d'un mecanisme mental, estalviaríem, sens dubte, enormes quantitats de paper (KINGMA 2013). Per a evitar això, Wakefield en rebaixa les exigències; de moment, encara que no en tinguem el coneixement científic, podem conformar-nos amb la intuïció per a inferir que certs mecanismes van ser seleccionats evolutivament:

No és necessari conèixer els detalls de l'evolució o dels mecanismes interns per a saber, per exemple, que els casos típics de trastorns del pensament, drogodependència, trastorns de l'estat d'ànim, disfunció sexual, insomni, trastorns d'ansietat, trastorns de l'aprenentatge, etc., són fracassos d'alguns mecanismes per a realitzar les seues funcions dissenyades; això és obvi per les característiques de la superfície (WAKEFIELD 1997, 256)

Una altra possible solució —encara que indesitjable per a la majoria— seria acceptar el revisionisme que sembla implicar la teoria de la disfunció perjudicial i assumir que moltes de les categories diagnòstiques actuals no apunten en realitat a trastorns mentals. Això no ha de significar, *per se*, que la psiquiatria no puga encarregar-se'n: senzillament, assumiríem que hi ha problemes que apareixen a causa de les enormes diferències entre l'entorn en el qual evolucionem i en el qual vivim actualment. Hauríem de preguntar-nos, llavors, com mereixen ser classificades aquestes afeccions i quin tipus

de tractament mereixen, si és que en mereixen algun. Podria argumentar-se que, malgrat que no són trastorns mentals, la psiquiatria té competència per a tractar-los i alleujar el sofriment de qui els pateix, o senzillament, millorar el funcionament normal humà. Segons el parer d'alguns, aquest moviment mostraria com és d'irrellevant el concepte de disfunció perjudicial, perquè a efectes pràctics tot seguiria igual: continuariem tractant aquestes condicions en tant que impliquen perjudicis i riscos, només que ara els hauríem posat un altre nom (BOLTON 2007). Al nostre judici, per contra, el fet de posar-los un altre nom seria un pas important, perquè mostraria clarament que involucren preferències i valors en un sentit fort, la qual cosa té un important impacte en la seua legitimitat, així com en el seu tractament.

Siga com siga, malgrat totes les crítiques que la proposta del trastorn mental com a disfunció perjudicial ha rebut, la veritat és que actualment aquesta és la postura que gaudeix de major acceptació, la qual cosa es deu, segons el parer de molts, no al fet que siga especialment adequada, sinó al fet que no comptem amb cap proposta alternativa millor. Com ja avançàvem, el mateix Wakefield ha fet bon ús de la seua definició de trastorn mental per a fer activisme en contra de la inflació diagnòstica del Trastorn Depressiu Major, argumentant que els criteris diagnòstics que actualment recullen els manuals —tant el DSM-5 com el ICD-10, encara que especialment el primer— estan confonent el funcionament normal d'uns mecanismes mentals que van ser seleccionats per a superar la pèrdua (els quals poden produir una intensa tristesa, però sempre amb finalitats adaptatives) amb un mal funcionament de tals mecanismes, que en aquest cas s'haurien tornat disfuncionals i mancarien ja, per tant, de funció adaptativa produint, ara sí, una tristesa patològica o depressió.

PER A CONCLoure

El debat sobre la definició de la malaltia o trastorn mental continua sense estar resolt a hores d'ara. Encara que algunes de les preocupacions, tant dels teòrics de la medicina i la psiquiatria com de la societat en general, semblen haver-se desplaçat en les últimes dècades —de la malaltia mental greu als trastorns que difícilment poden ser distingits de la normalitat—, la veritat és que la qüestió nuclear sobre *de quina norma es desvia la malaltia mental* continua estant en el cor dels interrogants que ens acuiten.

Donada l'expansió de la psiquiatria en les últimes dècades i, sobretot, l'ingent augment del consum de psicofàrmacs, avançar en el debat és de crucial importància perquè té enormes repercussions pràctiques. Independentment que puguem arribar a conèixer de manera objectiva el vessant biològic dels

trastorns mentals —assumint que tal cosa existisca— el cert és que molt difícilment podem dubtar que la medicina —i encara més la psiquiatria— és molt més que el tractament d'entitats biològiques, perquè aquestes les pateixen persones, inserides en una cultura particular, amb una subjectivitat que, sens dubte, es veu impactada per l'experiència de la malaltia. La medicina, encara que pugua recolzar-se en la ciència de la biologia, no és merament ciència, sinó que és eminentment una pràctica social. Per a concloure aquest treball, ens agradaria portar a col·lació una observació que realitzen Ivana Marková i Germán Berrios sobre la psiquiatria contemporània:

La naturalesa 'anormal' de certs estats mentals i comportaments es determina sobre bases que són estudiades per les ciències humanes (no per les naturals), és a dir, en aquelles disciplines que tracten de comprendre les maneres en què els individus i les societats perceben, valoren i donen sentit al seu món en un moment donat. Una vegada que una conducta és demarcada com a anormal per prescripció social, les ciències naturals prenen el control i busquen associacions entre ella i els estats i funcions cerebrals. En algun moment d'aquest procés, allò anormal es converteix en patològic, és a dir, el seu significat és assumit per una correlació estadística que mostra una connexió entre el comportament i una localització cerebral (MARKOVÁ i BERRIOS 2012, 222)

Aquests paràgrafs contenen dues idees importants que voldríem remarcar: en primer lloc, mostren com —almenys fins ara— per tal que el vessant de la psiquiatria que descansa en les ciències naturals es pose en funcionament —buscant, per exemple, correlats en forma de neuroimatge a un símptoma mental— primer hem d'haver identificat aquest símptoma —certa conducta, emoció, pensament, etc.— com a anormal; és només llavors que podem anar a la recerca de la seua base biològica. En segon lloc, deixen entreveure que ací el problema de fons es troba en l'etern contrast entre *descripció* i *prescripció*; en aquest sentit, les ciències naturals només podrien descriure, mentre que la prescripció és terreny exclusiu de les ciències humanes. És per això que, encara que aconseguíem trobar aquelles descripcions tan desitjades en termes evolutius sobre la funció biològica que ens convenceren sobre quina era *la intenció* que tenia la naturalesa a l'hora de *dissenyar* cert mecanisme, així i tot, seguiríem en el terreny de la descripció i res s'hauria dit encara sobre *com ha de ser*. És més, segons la idea anterior, de fet només ens fixaríem en com funciona cert mecanisme en certes persones quan prèviament ja haguérem determinat que alguna cosa —el seu comportament— no estava funcionant *com ho hauria de fer*. La moralitat d'això és que, per lloables que siguem les intencions dels naturalistes que pretenen eliminar les qüestions de valor del si de la psiquiatria

per tal que no puguem tornar a cometre's abusos emparats sota la legitimitat mèdica, la veritat és que estem obrint la porta a perills molt similars, perquè de nou estem caient en el mateix error: ocultar les qüestions de valor que mouen la pràctica mèdica i psiquiàtrica, quan, per contra, hauríem d'esforçar-nos a traure a la llum les qüestions de valor que s'hi imbriquen per a poder reflexionar i deliberar degudament.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDREASEN, N. C. 1995, "The Validation of Psychiatric Diagnosis: New Models and Approaches", *American Journal of Psychiatry* 152 (2): 161-2.
- BALLESTEROS, V. 2018A, "¿Tristes o enfermos? De cómo la tristeza intensa se convirtió en patología", *Patologías de la existencia*, Saragossa: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Zaragoza, 149-57.
- BALLESTEROS, V. 2018B, "The Metaphysics behind Pharmacotherapy: Treating Depression with Conventional and Psychedelic Drugs", *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 8 (2): 7-28.
- BARKER, K. K. 2010, "The Social Construction of Illness: Medicalization and Contested Illness", *Handbook of Medical Sociology*, C. E. BIRD, P. CONRAD, A. M. FREMONT i S. TIMMERMANS (ed.), Nashville: Vanderbilt University Press, 6a ed., 147-62.
- BASAGLIA, F. 1967, *Che cos'è la psichiatria?*, Torí: Einaudi.
- BASAGLIA, F. 1968, *L'istituzione negata*, Torí: Einaudi.
- BENTALL, R. P. 2009, *Doctoring the mind: is our treatment of mental illness really any good?*, Nova York: New York University Press.
- BERRIOS, G. E. 2011, *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*, A. GIACCONE i M. V. SCHMIDT (trad.), Buenos Aires: Polemos.
- BOLTON, D. 2007, "The Usefulness of Wakefield's Definition for the Diagnostic Manuals", *World Psychiatry* 6 (3): 164-5.
- BOORSE, C. 1975, "On the Distinction between Disease and Illness", *Philosophy & Public Affairs* 5 (1): 49-68.
- BOORSE, C. 1976. "What a Theory of Mental Health Should Be", *Journal for the Theory of Social Behaviour* 6 (1): 61-84.
- BOORSE, C. 1977, "Health as a Theoretical Concept", *Philosophy of Science* 44 (4): 542-73.
- BROWN, P. 1995, "Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness", *Journal of Health and Social Behavior* 35: 34-52.
- BUTLER, J. 2011, *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*, Routledge Classics. Abingdon, Oxon ; Nova York: Routledge.
- CANGUILHEM, G. 2011, *Lo normal y lo patológico*, Mèxic: Siglo Veintiuno Editores.
- CARTWRIGHT, S. 1851, "Diseases and Peculiarities of the Negro Race", *De Bow's Review* XI. <http://www.pbs.org/wgbh/aia/part4/4h3106t.html>.
- CONRAD, P. i BARKER, K. K. 2010, "The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications", *Journal of Health and Social Behavior* 51 (1_suppl): S67-79.

- DRESCHER, J. 2015, "Out of DSM: Depathologizing Homosexuality", *Behavioral Sciences* 5 (4): 565-5.
- EISENBERG, L. 1988, "The Social Construction of Mental Illness", *Psychological Medicine* 18 (1): 1-9.
- EISENBERG, L. 2007, "Commentary with a Historical Perspective by a Child Psychiatrist: When 'ADHD' Was the 'Brain-Damaged Child'", *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 17 (3): 279-83.
- ENGELHARDT, H. T. 1976, "Ideology and Etiology", *Journal of Medicine and Philosophy* 1 (3): 256-68.
- ERESHEFSKY, M. 2009, "Defining 'Health' and 'Disease'", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 40 (3): 221-7.
- EYSENCK, H. J. 1960, "Classification and the Problem of Diagnosis", *Handbook of Abnormal Psychology: an Experimental Approach*, H. J. EYSENCK (ed.), Londres: Pitman Medical Publishing, 1-31.
- FOUCAULT, M. 1963, *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Paris: Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT, M. 1966, *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*, Paris: Gallimard.
- FRANCES, A. 2014, *Saving Normal: An Insider's Revolt against out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*.
- FREIDSON, E. 1970, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Nova York: Dodd, Mead & Company.
- FULFORD, K. W. M. 2001, "'What Is (Mental) Disease?': An Open Letter to Christopher Boorse", *Journal of Medical Ethics* 27 (2): 80-5.
- FULFORD, K. W. M. i VAN STADEN, C. W. 2013, "Values-Based Practice: Topsy-Turvy Take-Home Messages from Ordinary Language Philosophy (and a Few Next Steps)", *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, K. W. M. FULFORD, M. DAVIES, R. G. T. GIPPS, G. GRAHAM, J. Z. SADLER, G. STANGHELLINI i T. THORNTON (ed.), International Perspectives in Philosophy and Psychiatry, Oxford: Oxford University Press, 385-410.
- GIROUX, É. 2010, *Après Canguilhem: définir la santé et la maladie*, Paris: Presses Universitaires de France.
- HACKING, I. 1996, "The Looping Effects of Human Kinds", *Causal Cognition*, D. SPERBER, D. PREMACK i A. J. PREMACK (ed.), Oxford University Press, 351-83.
- HACKING, I. 1999, *The Social Construction of What?*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- HASLANGER, S. A. 2012, "Ontology and Social Construction", *Resisting Reality: Social Construction and Social Critique*, Nova York: Oxford University Press, 83-112.
- HERNÁEZ, A. M. 2011, "La copia de los hechos. La biomedicina, el poder y sus encubrimientos", *Quaderns* 27: 45-64.

- HOFMANN, B. 2002, "On the Triad Disease, Illness and Sickness", *The Journal of Medicine and Philosophy* 27 (6): 651-73.
- HORWITZ, A. V. i WAKEFIELD, J. C. 2007, *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*, Oxford ; Nova York: Oxford University Press.
- INSEL, T.; CUTHBERT, B.; GARVEY, M.; HEINSEN, R.; PINE, D. S.; QUINN, K.; SANISLOW, C. i WANG, P. 2010, "Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders", *American Journal of Psychiatry* 167 (7): 748-51.
- KENDELL, R. E. 1975, "The Concept of Disease and Its Implications for Psychiatry", *The British Journal of Psychiatry* 127 (4): 305-15.
- KENDELL, R. E. 1986, "What are mental disorders?", *Issues in psychiatric classification: Science, practice and social policy*, Nova York: Human Sciences Press, 23-45.
- KINGMA, E. 2007, "What Is It to Be Healthy?", *Analysis* 67 (294): 128-33.
- KINGMA, E. 2013, "Naturalists Accounts of Mental Disorder", *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, K. W. M. FULFORD, M. DAVIES, R. G. T. GIPPS, G. GRAHAM, J. Z. SADLER, G. STANGHELLINI i T. THORNTON (ed.), International Perspectives in Philosophy and Psychiatry, Oxford: Oxford University Press, 363-84.
- KIRSCH, I. 2010, *The emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth*, Nova York: Basic Books.
- KRAMER, P. D. 1993, *Listening to Prozac*, Nova York: Viking.
- LAING, R. D. 1960, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, Londres: Tavistock Publications.
- LAING, R. D. 1967, *The politics of experience and The bird of paradise*, Harmondsworth: Penguin Books.
- LANE, C. 2007, *Shyness: how normal behavior became a sickness*, New Haven: Yale University Press.
- MARGOLIS, J. 1959, "Illness and Medical Values", *The Philosophy Forum* 8: 55-76.
- MARKOVÁ, I. S. i BERRIOS, G. E. 2012, "Epistemology of Psychiatry", *Psychopathology* 45 (4): 220-7.
- MELLOR MARSÁ, B. i ARAGONA, M. 2009, "De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 29 (103): 217-28.
- MURPHY, D. 2006, *Psychiatry in the scientific image*, Philosophical psychopathology, Cambridge, Mass: MIT Press.
- NORDENFELT, L. 1993, "Concepts of Health and Their Consequences for Health Care", *Theoretical Medicine* 14 (4): 277-85.
- NORDENFELT, L. 2007, "The Concepts of Health and Illness Revisited", *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (1): 5-10.

- PARSONS, T. 2005, *The Social System*, Taylor & Francis E-Library. Londres: Routledge.
- PUTNAM, H. 2002, *The Collapse of the Fact/Value Dichotomy*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- SCADDING, J. G. 1967, "Diagnosis: The Clinician and the Computer", *The Lancet* 21: 877-82.
- SEARLE, J. R. 1995, "Does the real world exist? Part I: Attacks on realism", *The Construction of Social Reality*, Nova York: The Free Press, 149-76.
- SEDGWICK, P. 1982, *Psychopolitics*, Londres: Pluto Press.
- SHORTER, E. 1997, *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*, Nova York: John Wiley & Sons.
- SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J. i MICOULAUD FRANCHI, J.-A. 2018, "Medical and Mental Disorder: Proposed Definition and Criteria", *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 176 (7): 656-65.
- SZASZ, T. 1972, *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*, New and abbreviated ed., Londres: Paladin.
- SZASZ, T. 1973, *Ideology and insanity: essays on the psychiatric dehumanization of man*, Londres: Calder and Boyars.
- SZASZ, T. 1984, *The therapeutic state: psychiatry in the mirror of current events*, Buffalo, N.Y: Prometheus Books.
- TIMMERMANS, S. i HAAS, S. 2008, "Towards a Sociology of Disease", *Sociology of Health & Illness* 30 (5): 659-76.
- TURNER, B. S. 1995, *Medical power and social knowledge*, 2a ed., Londres: Sage Publications.
- TURNER, B. S. 2008, *The Body & Society: Explorations in Social Theory*, 3a ed., Londres: Sage Publications.
- WAKEFIELD, J. C. 1992, "The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values", *American Psychologist* 47 (3): 373-88.
- WAKEFIELD, J. C. 1997, "Normal Inability Versus Pathological Disability: Why Ossorio's Definition of Mental Disorder Is Not Sufficient", *Clinical Psychology: Science and Practice* 4 (3): 249-58.
- WAKEFIELD, J. C. 1999, "Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder", *Journal of Abnormal Psychology* 108 (3): 374-99.
- WAKEFIELD, J. C. 2015, *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning*, Nova York: Springer Berlin Heidelberg.
- WHITAKER, R. 2009, "Deinstitutionalization and Neuroleptics: The Myth and the Reality", *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses: Past, Present and Future*, Y. O. ALANEN, M. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, A.-L. S. SILVER i B. MARTINDALE (ed.), London, Nova York: Routledge, 346-56.

- WHITAKER, R. i COSGROVE, L. 2015, *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*, Nova York: Palgrave Macmillan US : Imprint : Palgrave Macmillan.
- WILLIAMS, S. J. 2005, "Parsons Revisited: From the Sick Role To...?", *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 9 (2): 123-44.
- WILLIAMS, S. J. 2006, "Medical Sociology and the Biological Body: Where Are We Now and Where Do We Go from Here?", *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 10 (1): 5-30.