

## RECURSOS PSICOTERAPÉUTICOS N° 46. CRITERIOS DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD (Parte III).



**Ps. Juan V. Gallardo C.**

Desde una perspectiva de niveles de pensamiento<sup>1</sup> los criterios de Normalidad-Anormalidad surgen luego de los niveles descriptivos, funcionales y operativos, y se construyen en el nivel judicativo donde se asigna un primer criterio valórico, que luego con los niveles abstracto-analítico y abstracto-sintético alcanzaran su formulación fenoménica definitiva.

El desconocimiento de la existencia de los tres órdenes de la materialidad: M1 corpóreo, M2 representacional, y M3 relacional, tanto como el del funcionamiento del Cerebro TriUno: cortico-cerebral, límbico, cerebeloso con sus correlatos representacionales: cognitivo, emocional, órlico, respectivamente, ha dificultado la operatividad de dichos niveles de pensamientos, ha propiciado recurrentemente un terreno fecundo para la instauración de un uso maniqueísta de los criterios de Normalidad-Anormalidad, y ha dado pie a dos de los recursos retóricos más perniciosos en la historia de la Salud Humana, y de la Salud Mental cuales son la patologización de la normalidad y la normalización de lo patológico.

En esta tercera unidad nos proponemos clarificar uno de los aspectos más críticos en el dominio de la Normalidad-Anormalidad, que si bien no compete a los criterios del mismo: definición, características, aspectos conspectivos y resolutivos, u otros, si representa una de las dimensiones pragmáticas del lenguaje más complejas, ora por su papel en la distorsión de los criterios e índices de realidad del continuo Normalidad-Anormalidad, ora por la pregnancia que tiene en aquellos sectores de la sociedad donde dichos criterios sirven como instrumentos de socialización, ideologización o control social. Estos son, como se ha dicho, los fenómenos de patologización de la normalidad y de normalización de lo patológico.

En los tiempos actuales ya no es difícil apreciar cómo resultado de infinidad de discursos racionormos, surgidos desde la dinámica de lo paranoide -esto es un elemento grandioso y otro persecutorio- y de un uso excesivo de pensamientos judicativos -cargados de adjetivos y adverbios- han surgido innumerables criterios de lo normal y anormal. La historia de estos criterios demuestra cómo mayoritariamente ellos han sido construidos en base a determinadas premisas falsas sostenidas mediante armazones pseudo intelectuales plagadas de realidades parciales, recursos retóricos y paradojas elevadas al estatus de *pars pro toto*. Igualmente, en la actualidad se aprecia cómo en vez de atender y corregir tales deficiencias, se ha masificado la tendencia a cuestionar o relativizar la noción misma de Normalidad y su complemento lo Anómalo, confundiendo los criterios mismos con su aplicabilidad, o lo que es lo mismo el mensaje con los mensajeros.

Las primitivas concepciones de normalidades ya sea en el campo de la salud física, psíquica, sexual o con relación a lo humano; de la práctica agrícola, de la caza-recolección, de la domesticación, o con relación a las actividades productivas; tanto como la identificación de los estados de la naturaleza con relación a la supervivencia, muestran cómo los criterios concebidos a lo largo del tiempo se fueron construyendo sobre índices de realidad órlicos y empíricos que permitieron grados crecientes de operatividad más allá de la cualidad del discurso connotado. Desde los mitos, las religiones, el saber popular, hasta el saber científico con sus connotaciones, pseudo denotaciones y denotaciones, los criterios de normalidad y lo anómalo se han construidos con dosis mínimas de índices de realidad y dosis no menores de falsedades, ilusiones

y prejuicios. Estos discursos que vistos desde la perspectiva del tiempo poseen características más bien delirantes -aun conteniendo grados variables de realidad-, en muchos casos soslayaban los aspectos nucleares del tema, ensalzaban una característica particular de su contorno (mundo fenoménico, mundo *aespectabilis*), y germinaban en construcciones saturadas de preconcepciones, prejuicios e intereses hegemónicos. Desde el Bioanálisis una exploración con *vox temporare*, ofrece sugestivas intelecciones sobre este fenómeno, al igual como las perspectivas *etic* y *emic* (Pike, Kenneth, 1912-2000) desde la lingüística y antropología permite aproximarse a interesantes comprensiones de la construcción de la naturaleza de los criterios de normalidad y de lo anómalo.

Retomando nuestra definición de Normalidad -que sólo con fines de diferenciación hemos llamado Fenoménico Bioanalítico- como “el rango de propiedades, funciones y operaciones de la materialidad propios a cada dominio M1, M2 y M3, que en cada nivel de organización de su materialidad reflejan sus estados operativos naturales ajustados a normas determinadas materialmente en virtud de los componentes constitutivos de dicho nivel y de cada dominio”, y entendiendo que los criterios de Normalidad y en consecuencia de lo anómalo se sujetan a las características de sus respectivas materialidades, es que surge junto con la necesidad de identificar, describir, categorizar y diferenciar sus nódulos constitutivos, tanto como la necesidad de identificar las dos anomalías antes referidas, toda vez que ellas dan cuenta de un uso espurio de las categorías constitutivas del módulo Normalidad-Anormalidad.

Considerando cualquier objeto de realidad, e independientemente de su naturaleza: M1 corpóreos, M2 representacionales o M3 relacionales, llamamos “nódulo” -en la línea del Materialismo Filosófico de Gustavo Bueno y la Escuela de Filosofía de Oviedo- a toda unidad distinguible de otras unidades semejantes o diferentes, caracterizada por poseer un ‘dintorno’ o conjunto de unidades que en él están englobadas; un ‘contorno’ o frontera/barrera de contacto con lo externo; y un ‘entorno’ o conjunto de todo aquello que no perteneciendo al nódulo, mantienen sin embargo con él interacciones constitutivas; y llamamos “módulos” a la misma unidad o nódulo al destacar la propiedad de unirse, ensamblarse o combinarse con otras formas distintas para formar una unidad superior.

Reconociendo que la desatención a los cierres categoriales así como la falta de rigor en la identificación de las *symplokes* pertinentes, ha sido una de las mayores causas de dificultad en la sistematización de dichos criterios, también reconocemos que en líneas generales estos han ido progresivamente avanzado a través de los tiempos, especialmente en M1, dado que su no distinción hace imposible operar y transformar los objetos corpóreos; y en los M3 relacionales de corporalidades no vivientes, donde sólo los índices de realidad permiten la transformación permanente de lo corpóreo. Es, sin duda, en M2 donde los criterios son más imprecisos, relativos e inciertos, toda vez que ellos se sujetan a las organizaciones cognitivas, afectivas u órficas de modos aun desconocidos. No obstante, es de reconocer que frente al par antitético Normalidad-Anormalidad, y entendidos desde una perspectiva anfimíctica, utraquística y mutualista, los dintornos respectivos cada vez son más claros presentándose diferencias básicamente en los contornos de estos (a excepción de discursos como la Antipsiquiatría, teoría Queer, la Psicoliteratura, el logos Posmoderno u otros, que en su radicalización raciomorfa hacen de un elemento del dintorno un *pars pro toto*, delirante).

Desde una perspectiva diametralmente opuesta, y en base a un análisis tetralógico, aplicado a la distinción de los nódulos Normalidad y Anormalidad -elementos del módulo Patología Clínica- reconocemos en el contorno de los mismos, ciertas anfmixias resultantes, v.g., el uno por ciento de realidad en toda psicosis, lo maniaco-depresivo como expresión de vértices de la personalidad, la personalidad “como si”, el síndrome de Estocolmo, lo heterosexual y lo homosexual como una expresión tanto normal como disfórica de género. etc., que constituyen un reto a la identificación de las expresiones fenoménicas de lo normal-anómalo; e igualmente identificamos dos fenómenos resultantes de distorsiones lingüísticas entre lo denotativo, connotativo, pseudo denotativo y hermenéutico resultado de un pensamiento tetralógico que distingue entre la Normalidad, la Anomalía, la Patologización de la normalidad y la Normalización de lo patológico.

Así premunidos de estos artefactos, exploramos estas dos categorías fenoménicas que subvirtiéndolo el carácter original de un concepto, edifican en torno a si una formación reactiva o construcción en lo contrario, con fines de ocultamiento o simulación.

## **La Patologización de la Normalidad**

Esta noción refiere a la atención de aspectos normales de un dominio de materialidad, que en el nivel judicial -donde se categoriza lo normal y lo anómalo- adiciona una judicación de orden moral, que no ética, para luego estigmatizar como patológico todo aquello que no se ajusta a los intereses propios, construyendo una relación hegemónica al servicio de intereses extra disciplinario.

Su dinámica es la identificación de una categoría de Normalidad, y su estatus imperante: definitorio, conjetural, transicional, indefinido, para luego invertir su cualidad y estatus con propósitos espurios, y adjetivar arbitrariamente la categoría en su contrario. Sus mecanismos: explotar la reacción de miedo a lo extraño y/o desconocido, legitimar lo propio frente a lo ajeno, liberar de responsabilidad frente a lo dado, hacer del juicio un prejuicio coludiendo voluntades, y otros.

La situación más evidente es la patologización como herramienta política y social, de las cuales las más comunes son el uso del poder como ejercicio patologizante: el disidente como loco, el homosexual como degenerado, el genio como loco, el individuo como colectivo. Mas sutilmente, se aprecia la irrupción de discursos que estigmatizan el orden de lo real como demonización del poder -el poder como sistema de dominación perversa de unos seres sobre otros- patologizando el desarrollo civilizacional de cara a reivindicaciones de minorías segregadas cuyos estatus normativos buscan definición.

Son evidencias de patologización de la normalidad, algunas conversiones del sufrimiento en categoría clínica: depresión, angustia, trastorno de ansiedad: la conversión de la conmoción emocional e inquietud infantil en trastorno o déficit de atención e hiperactividad; la conversión del dolor: en síndromes, patologías, diagnósticos, fármacos y pacientes crónicos; la conversión de la autoestimulación en masturbación y de la homosexualidad vera u homoerotismo en disforia de género; la patologización del dolor y otros síntomas declarativos “donde hay dolor que no haya dolor”, y los afectos rectos de duelo o pérdida en categorías clínicas sobre diagnosticadas y tratadas farmacológicamente.

## **La Normalización de lo patológico.**

Esta noción refiere a la atención de aspectos anómalos de un dominio de materialidad, que como se ha dicho, en el nivel judicial -categoriza lo normal y lo anómalo- adiciona una judicación de orden moral, que no ética, para luego legitimar como saludable o normal todo aquello que se ajusta a los intereses propios, construyendo una relación hegemónica al servicio de intereses extra disciplinarios, revirtiendo el orden categorial, combinando antojadizamente categorías de lo normal, y alterando los niveles categoriales para construir una noción racionomórfica, consensuada y acrítica.

Su dinámica es la identificación de una categoría de Anormalidad, y su estatus imperante: definitorio, conjetural, transicional, indefinido, se usa para invertir su cualidad y estatus con propósitos de consenso y legitimación. La situación más evidente de normalización como herramienta política y social, es un colectivo afín y coludido alineado en torno a una pulsión, afecto o categoría, una estrategia de normalización, v.g. la ventana de Overtone; y la paralización de la mente de un colectivo, sustituible a exposiciones paradójicas, a una producción de pensamiento afín a la patologización normalizada, y al uso del poder del colectivo como ejercicio normalizador: v.g., el sexo consensuado con menores de edad o legitimación de la pedofilia, la pornografía infantil, la necrofilia o la violación como opciones sexuales, la normalización de la psicosis.

Más sutilmente, se aprecia la irrupción de discursos perversos que se instauran mediante la denostación del orden de lo real apelando a un pars pro toto del ejercicio del poder -el poder como sistema de dominación perversa de unos seres sobre otros-, para luego validar una propuesta anómica surgidas de minorías victimizadas en función de una condición inequívocamente anómala, como lo fue el colectivo de pacientes leprosos o sifilíticos, psicóticos y esquizofrénicos, homoeróticos, y actualmente el de criminales seriales, psicopáticas y narcisistas malignos.

Son evidencias de normalización de lo patológico: las heterosexualidades (adictos sexuales, ninfomanía y satiriasis) y homosexualidades obsesivas en opciones sexuales normales, el consumo adictivo de drogas, pornografía, ludopatía y otras compulsiones, el vientre de alquiler; el terrorismo, las dictaduras, las limpiezas

raciales, y los delitos de odio, así como las ideologías de raza superior, la narcopolítica y las ideologías totalitarias.

### **ALGUNAS CONCLUSIONES REMARCABLES.**

- El uso maniqueísta de los criterios de Normalidad-Anormalidad, se encuentra presente a lo largo del desarrollo de toda la Humanidad y ha constituido uno de los recursos retóricos más perniciosos en la historia de la Salud Humana y de la Salud Mental.

- El criterio Normalidad-Anormalidad es una categoría judicativa en base a una noción de bien y mal fenoménica que integra niveles biológicos, etológicos, culturales y éticos, susceptible de conjugarse con categorías de bien y mal coyunturales, morales y sociales propias del aire de un tiempo y del sentido común.

- Tanto la patologización de la normalidad como la normalización de lo patológico resultan de discursos racionormorfos, que surgidos de la estructura de lo paranoide -esto es un elemento grandioso y otro persecutorio- construyen a partir de una premisa falsa una armazón pseudo intelectual plagada de realidades parciales, recursos retóricos y paradojas elevadas al estatus de *pars pro toto*.

- De las complejas relaciones entre el continuo Normalidad-Anormalidad y el del Bien-Mal, la propensión sensorial a la identificación con lo bueno y la proyección/expulsión de lo malo es una de las mayores dificultades en la construcción de criterios realistas de Normalidad y de validación tanto de la patologización de la normalidad como la normalización de lo patológico.

- Las categorías de patologización de la normalidad y de normalización de lo patológico se manifiestan en cada uno de los dominios de materialidad, siendo necesario el esfuerzo por categorizar las propiedades de cada dominio que definen y delimitan ambos dominios, así como sus interacciones, mutualidades y anfmixias.

- La historia es pródiga en testimonios e interacciones entre ambas categorías en la medida que se han patologizado los logros de normalidad para denostar y estigmatizar la disidencia, y normalizado los índices patologizados para auto validar determinadas posiciones ideológicas.

- Así como lo Normal y Anómalo requiere un aproximación sin pasión y sin deseos, la patologización de la normalidad y de normalización de lo patológico se nutre de la simulación del Amor y del Odio, siendo este último el motor, vía: dominancia, resentimiento, revanchismo, y venganza.

- La dinámica de la normalización de lo patológico se desarrolla en torno al “terrorismo del sufrimiento”, esto es el atemorizamiento de una población de parte de quienes debieran ser sus cuidadores, al símil de padres que normalizan en sus hijos el abuso y explotación.

- La patologización de la normalidad, se desarrolla en torno a la apertura de canales de expresión de odios subyacentes y reprimidos que encuentran su objeto simbólico en la condición patologizada, al símil de padres que inoculan en sus hijos el odio a lo envidiado, diverso o extraño.

*Volver a Recursos Terapéuticos*  
*Volver a Newsletter 18 -ALSF-ex-72*

## **Notas al final**

1.- Ver Recursos N° 23, Sobre distintos tipos de discursos. Gallardo, J. 2011)