

¿HAY QUE CURAR A LOS LOCOS?

«Los que nos tratan padecen de estrechez de miras: no piensan más que en curarnos. Pero, ¿y si esto no conviene a la persona?». El que así se expresa es Jorge, treinta años de edad, diez en el sanatorio: un esquizofrénico.

Por lo común, cuando un esquizofrénico se pone a narrar este tipo de historias, nadie le presta demasiada atención. «Delirios de un enfermo —se dice—, ya se calmará». Pero de pronto, inopinadamente, la cosa cambia: el llanto lacerante de Jorge, el esquizofrénico, es tenido en cuenta por los psiquiatras. Es más, éstos llegan a ver en esas palabras una acusación muy precisa, la ruina de todo lo que estudiaron e hicieron hasta ahora. Son hombres que sustentan ideas bien extrañas. Dicen: «Deje un instante de "cuidar" a los locos. Escúcheles. Escuche también a su familia, sondee su historia. Verá cómo muchas veces la familia, la sociedad, puede también estar loca». ¿Los nombres de estos psiquiatras? Los ingleses Laing, Cooper, Esterson; el italiano Basaglia. Su revolución lleva un nombre escandaloso: antipsiquiatría. Nace en el seno de sociedades desarrolladas, en las que el número de «enfermos mentales» no cesa de crecer y donde la «aptitud psicológica» para desempeñar determinada tarea toma el relevo al conformismo religioso o moral. Donde, en una palabra, legiones de especialistas sondan la normalidad, expulsan cualquier tara o desviación, canalizan la angustia.

De hecho, la crisis venía incubándose desde hace veinte años. Antes de que fuera presa de los contestatarios, la psiquiatría tradicional había sido sacudida por un profundo movimiento reformador. Lo realmente nuevo es el hecho de que ahora los psiquiatras rechazan tanto lo tradicional como la reforma misma.

La lógica de la exclusión

La psiquiatría tradicional se polariza en torno a una institución precisa, históricamente definida: el sanatorio. Huelga ya juzgarla. Muros carcelarios, barrotes, camas enjauladas: todo respondía a una lógica, la de la exclusión. Pero el hecho es que, aun sin todo ese aparato, aun cuando la medicación haya sustituido a la camisa de fuerza, incluso si el taller de cestería ha reemplazado a la celda, tal exclusión persiste. Aplastado bajo la jerarquía de los que le «cuidan», el enfermo se ve convertido en un objeto de análisis. Antes que una persona social, es un caso, el escenario de un proceso patológico.

La psiquiatría clásica, para sus adversarios, es eso: una mirada exclusivamente «médica». Enfermos mentales, clasificados, diagnosticados y tratados por analogía con los enfermos físicos. Sólo que los males fi-

Esta es la extraña pregunta que se formulan los antipsiquiatras, cuyas tesis —a su vez impugnadas— abocan a un replanteamiento que echa por tierra nuestra concepción de la locura y los medios empleados en su tratamiento.

ALAN SCHIFRES



El manicomio tradicional responde a una lógica de exclusión. Aun cuando la medicación haya sustituido a la camisa de fuerza, incluso si el taller de cestería ha reemplazado a la celda, la exclusión persiste.

sicos, en la mayoría de los casos, pueden ser localizados, extirpados; mientras que, por lo común, la locura no ofrece asidero alguno: ¿De dónde procede? ¿Cómo puede ser discernida? ¿Cómo curarla? En muchísimos casos la medicina se muestra impotente. Entonces opta por aislar y «calmar». La psiquiatría clásica se consagra a suprimir todas las manifestaciones externas del mal. Cuida del síntoma. Trata de reducir la locu-

ra, porque carece de medios para resolverla. En el centro de este círculo vicioso, un ser pasivo, encogido, de hermética mirada. A veces, el «loco», resignado, aceptará el molde que se le propone.

Tal situación, de hecho, se halla lejos de ser producto del azar. En su «Historia de la locura», el filósofo Michel Foucault muestra bien a las claras que la posición del loco respecto a la sociedad es consecuencia de una

situación concreta, definida. La locura es ese espejo ante el cual gesticula la sociedad. Durante el Renacimiento, la locura dialogaba con la razón. Tenía su puesto en la fiesta, la literatura, el teatro, la religión. En la época clásica queda reducida a un gran silencio, ha sido encerrada. En el siglo XVIII, el célebre Pinel encontrará los locos en el calabozo. Fuera, la Revolución hace estragos. Pinel les quita las cadenas, pone a los enfermos bajo la fría mirada de la ciencia. La Historia lo ha de convertir en el gran libertador de los alienados. «¡Puro mito!», responde Foucault. No se ha hecho más que trasladar la «falta» del demente a su interior: «Libre de todo castigo físico, es necesario que se sienta culpable». En lo sucesivo ya no habrá diálogo entre la locura y la razón: habrá que esperar a Freud para que nos desvele un lenguaje atrapado en las mallas del delirio. Constituido en «enfermo mental», el loco será en adelante un prisionero de su propio papel, el de paciente.

Pero he aquí que, hace treinta años, esta psiquiatría clásica sufre el primer asalto de parte de una pléyade de jóvenes médicos en Francia e Inglaterra. En Ville-Evrard, Paul Sivadon suprime las barreras de los enfermos del sanatorio. Estos reformadores, estos pioneros —Cury, Tosquelles y Sivadon— rechazan la idea de una predisposición a la enfermedad mental. Muchos, como el profesor Sivadon, piensan que la locura es el fruto envenenado del choque entre un «ser frágil» y un medio cuyas exigencias le oprimen. Este ser frágil, al estrellarse contra el muro de estas represiones, cae enfermo. Es necesario, por lo tanto, primero, reforzar sus medios de defensa, y segundo, proteger al enfermo cuando éste se desplace dentro de la máquina social y descubrir los gérmenes del conflicto antes de que los engranajes se agarroten. Tal es, en esquema, el papel de la «psicoterapia institucional» y de la «política de sector». Dentro de estos sistemas, a grandes rasgos, la institución psiquiátrica viene a ser una micro-sociedad más o menos gobernada por los enfermos, con toda clase de clubs y de actividades. No más discriminaciones: los aislados pueden salir cuando les apetezca. El hospital se convierte en instrumento de curación. En un clima tranquilizador, el enfermo amansa poco a poco sus fobias. «Una vez libre —explica el profesor Sivadon— se siente en relativa seguridad, ya que sabe que en cualquier momento puede volver a encontrar a su médico».

Trabajos sobre el medio familiar

La segunda fase, la de postcuración, es la que se llama «política de sector». El hospital psiquiátrico, en esta etapa, ofrece periódicamente por relevos, cuidados intensivos. Será una etapa en la que el paciente es



Una revolución

Un día de 1962, en el pabellón número 21 de uno de los mayores hospitales de Londres, se produce una auténtica revolución. El doctor Cooper quiere estudiar la forma en que el personal sanitario vive, comunitariamente, y ver al mismo tiempo cómo «dominan» a los enfermos. Busca también la forma de desarrollar en los pacientes una autonomía que les permita «encontrarse» a sí mismos. Todas las fronteras son abolidas de pronto. Se inician reuniones comunitarias diarias. El personal es invitado a que explore, sin prejuicios, sus propias rutinas y fantasmas, es decir, de alguna manera, su «locura» personal. Ya no se fuerza a los enfermos a levantarse. Todo trabajo obligatorio queda suprimido. Inmediatamente las mesas se llenan de vajilla sucia. El que quiera comer tendrá que limpiar su propio asiento. Cooper propone utilizar como enfermeros a hombres particularmente experimentados: los antiguos pacientes. Quiere ayudar al enfermo a guardar su locura «como un tesoro». Pero la dosis resulta demasiado fuerte. Las costumbres y las jerarquías se rebelan: el «alzamiento» del pabellón 21 choca con la «represión» de la institución hospitalaria.

Es el momento en que los antipsiquiatras ingleses dan el último paso y enfloran la tercera etapa de su sorprendente experiencia: tras la autocrítica de la familia y del terapeuta, la liberación total del enfermo, este será más «normal» que los otros. A partir de 1965, tres «hogares» han sido creados en Londres. En cada uno de estos lugares en que se recoge la locura, diez pacientes realizan su «viaje» abriéndose camino, bajo la mirada de los otros, por los meandros del delirio. El médico, simple testigo, les guía y les asiste. La esperanza de los antipsiquiatras es que el enfermo mejor, es decir, que, después de atravesar una crisis terrible, se encuentre al fin, en ciertos casos, en el umbral de un mundo nuevo.

Mary, enfermera-jefe, fría y rígida, se presenta en el centro Kingsley Hall. Se ha dado cuenta de que lleva una vida falsa. Quiere volver sobre sus pasos para llegar «al punto en que se perdió». A los pocos días se ha infantilizado hasta el extremo de alimentarse a base de biberón, de no hablar ni andar. De pronto, Mary es víctima de una hemorragia uterina que la lleva al borde de la muerte. «Volvi —diría más tarde— a un periodo anterior a mi nacimiento». Dando rienda suelta a sus impulsos, embadurna las paredes con excrementos. Un día, Laing la dice con toda flema: «Es hermoso, pero le falta color». A partir de ese momento Mary se pone a pintar. Y lo hace con verdadero talento.

Todo esto parece indicar que Mary, habiendo perdido su identidad y bordeado la muerte física, liberó sus deseos, ofreciéndoles una salida en la pintura (Maud Mannoni). Por lo tanto, según los antipsiquiatras, si el enfermo se encierra en la psicosis a fin de protegerse de una «violencia», tal encierro siempre tiene una salida. Siguiendo un camino natural, en ciertos casos (los antipsiquiatras son al menos prudentes), el enfermo podrá hacer de su «delirio» un trampolín. «La locura —dice Laing— no es necesariamente un hundimiento, puede también ser una punzada».

Los antipsiquiatras italianos van aún

seguido por un equipo de médicos disponible en todo momento. Por otra parte, clubs de antiguos enfermos, talleres, centros de consulta... se hallan distribuidos en el cuerpo social. Es precisamente aquí donde se centra el ataque de los antipsiquiatras. ¿Qué es lo que dicen? Sencillamente, que los reformistas no responden al problema. «Medicamentos», «dinámica de grupo», o ambas cosas a la vez, el hecho es que se sigue «operando sobre el paciente». Siempre hay, de un lado, el loco, y del otro, el no-loco. Se cura al loco a fin de adaptarlo al mundo de los no-locos. Se reconoce el hecho de que el segundo actúa sobre el primero, pero sin preguntarse demasiado si su influencia no será nefasta. ¿Acaso —se preguntará— no constituye este intento de eliminar la división entre locos y no-locos el objetivo de la «política de sector»? «Sí —responden los antipsiquiatras—, pero dentro de una perspectiva médica represiva. En el fondo del movimiento «sectorial» se perfila siempre la amenazadora silueta del asilo, del internamiento». Además, la detección o constante consulta acarrearía con frecuencia el riesgo de cristalizar, de agravar una anomalía aún naciente. Finalmente, al tomar a su cargo la salud mental de un barrio o de una localidad; el equipo médico-social habría movilizado una auténtica «policía» de la adaptación. El reformista sigue hablando de un mundo normal y de un enfermo que curar. El antipsiquiatra invierte los términos: «La locura es, de cara a un entorno enfermo, una protesta «válida», si bien incompleta». Para los antipsiquiatras ingleses, este entorno enfermo es, sobre todo, la familia. Para los italianos, la sociedad.

El más sólido aspecto de la antipsiquiatría, el punto en que con más precisos estudios se apoya, es su trabajo sobre el medio familiar. Un buen día de 1959, en Inglaterra, un joven es internado, por prescripción facultativa, en un hospital psiquiátrico. El historial clínico revela una conducta agresiva y violenta contra sus padres. Tras minuciosa investigación puede precisarse tal conducta: a) El muchacho rompió una taza de té. b) Dio un portazo al entrar. c) Pateó una sola vez, pero con energía, los arriates del jardín. La investigación se lleva adelante: Los padres son muy «depresi-

vos». Para cuidar de su marido parálitico, la madre descarga sobre el hijo —en una edad crítica— fuertes sentimientos de culpabilidad. El chico ya había estado internado. Por entonces se creía Cristo. El doctor Cooper, que cuenta la historia, cree poseer su clave: «En el seno de la microsociedad familiar se creía destinado a morir para que los otros, principalmente su madre, pudieran salvarse. En este sentido, el delirio en que el paciente se había instalado era absolutamente verdadero; pero de una verdad que nadie podía permitirle ver».

A partir de este género de casos, los antipsiquiatras ingleses han querido ir más lejos todavía, interrogando prolongadamente a las familias de los «esquizofrénicos».

Discípulos de Sartre

Llegados a este punto, conviene advertir que todos estos antipsiquiatras son discípulos de Sartre. Para ellos, «la experiencia» —es decir, el íntimo conocimiento que uno tiene de sí mismo— y la acción se producen dentro de un campo social de influencias recíprocas. La esencia de los seres se halla en las relaciones que tienen entre sí. No puede comprenderse a un individuo si se le separa del grupo. Cada uno de nosotros actúa sin cesar sobre su propia «experiencia» y sobre la de los otros en función de lo que creemos que los otros piensan. A fin de plegarnos a la «normalidad», no cesamos de manipularnos, de violarnos los unos a los otros.

Por ejemplo, la familia, en lugar de desarrollar la riqueza interior del niño, puede —dicen los antipsiquiatras— estampearlo en el molde de un papel social estereotipado. En los casos más graves surgirá la psicosis: el enfermo, que experimenta íntimamente la confusión familiar, su mentira, intentará forjar su propia coherencia, su visión del mundo. La esquizofrenia, ese mal de fronteras imprecisas, podría, pues, consistir, según Laing, en «una tentativa coronada por el éxito de no adaptarse a pseudo-realidades sociales», en una especie de «técnica» de soportar lo insoportable. Consecuencia lógica, el fracaso del tra-

tamiento psiquiátrico. El especialista se encarga de suscitar el conformismo requerido y de impedir la evasión del paciente hacia un porvenir más real. Tal es la hipótesis que ha guiado las experiencias de los antipsiquiatras desde hace diez años.

En la familia del joven esquizofrénico los investigadores descubrirán con frecuencia una madre sumamente posesiva. El niño no ha podido hallar las condiciones necesarias para su desarrollo autónomo. Y cuando, por fin, se finge «liberarlo», lo que se hace es tenderle una trampa que ha de redoblar la represión. Por ejemplo, dice la madre a su hijo: «Búscate amigos tú mismo, no estés siempre tan dependiente de mí», pero mostrando al mismo tiempo, en un mudo lenguaje, que tal hipótesis la trastorna. Dos órdenes simultáneos y contradictorios han sido dadas al niño. El sujeto siente confusamente —ya que la contradicción se halla oculta— que el obedecer a la una implica desobedecer a la otra. La respuesta, a menos que el niño llegue a destruir sin piedad el absurdo dilema, no puede ser otra que la «locura».

En este tipo de situación, la antipsiquiatría va a quitar, a veces, al paciente «esquizofrénico» el papel de enfermo para atribuirlo a la madre «normal». Incitará también a los demás miembros de la familia a modificar, mediante una crítica colectiva, su sistema de relaciones. Para el doctor Cooper, la posibilidad de que la familia se convierta en elemento mutilador, exactamente igual que el asilo represivo para Foucault, es un dato de la Historia. Durante la Edad Media la familia es más amplia y abierta. Sobre todo, desde que el niño deja su situación de dependencia primaria, se ve convertido, por una especie de iniciación, en un ser autónomo. Progresivamente, estos ritos de transición desaparecen. A partir del siglo XVIII será necesaria toda una especial preparación para llegar a ser adulto. Simultáneamente, la familia se estrecha, «sobrepotege» al niño, tendido por irresponsable. «En fin —dice Cooper—, en la moderna sociedad hay que hablar menos de un afloramiento de los lazos familiares que de lo contrario».

Es, pues, un cierto tipo de familia, cierto modelo de tratamiento, lo que los antipsiquiatras denuncian.

¿HAY QUE CURAR A LOS LOCOS?

más lejos o, si se quiere, hacia metas distintas. Su portavoz, Francisco Basaglia, rechaza el «idealismo» de los ingleses. El papel que éstos asignan a la familia lo hace extensivo a los sistemas económicos. A la «liberación interior» del enfermo antepone la idea de «protesta social». No hay para él curación individual: el verdadero problema es político.

Locura y sociedad

En 1961, en el hospital de Gorizia, cerca de Trieste, el equipo de Basaglia descubre una institución de especial sordidez, abarrotada de internos pobres y, en su mayoría, alcohólicos. El caso de Gorizia subraya hasta qué punto el «status» de la locura se halla ligado al «status» social. Lo cual va desde la relación «aristocrática» (sanatorios privados, gabinetes de psicoanálisis), donde el enfermo acomodado dispone de un poder contractual a la relación «institucional», de tipo dominante-dominado, en la que el paciente no puede oponer frente al médico ninguna potencia económica.

«Siendo pobre y no rentable —dirá Basaglia— a este paciente no le cabe otra posibilidad de oposición que la de un comportamiento anormal».

En Gorizia, el equipo de Basaglia abre los pabellones, suprime las barreras que separan enfermos y personal sanitario, convoca numerosas reuniones comunitarias. Se trata de colocar al enfermo frente a la posibilidad de elección, de desarrollar su espontaneidad. Podrá argüirse que eso no es más que una «comunidad terapéutica». Sólo que los italianos quieren ir todavía mucho más lejos. Porque, según ellos, esta bella institución moderna, abierta y renovadora, en la medida en que sea captada por la sociedad, perderá su «función contestataria». El paternalismo sustituirá a la represión, pero el enfermo seguirá siempre dominado.

Basaglia quisiera que se desarrollase en el paciente un sentimiento de oposición contra el médico que decide en su lugar. Si se crea un mundo ideal, pacífico, el enfermo seguirá intentando escapar de las contradicciones sociales. Ahora bien, son precisamente esas contradicciones las que le han conducido a su situación mental. Es decir, que al no poderlas resolver se ha refugiado en el delirio. Para rehabilitarse, el paciente deberá volver su agresividad hacia el mundo exterior, vivir en un clima de controversia, en constante diálogo entre médicos y enfermos.

Estas categóricas posturas de los antipsiquiatras no han podido menos de provocar acerbas críticas. Sus provocativas experiencias desencadenan las pasiones. Sin entrar en disputas técnicas, es posible resumir el debate de un modo más sereno. Por de pronto, ya hay un logro: los padres-fundadores de la antipsiquiatría han provocado un desgarrón en una disciplina que, desde tiempo atrás, era objeto de serias dudas. Enfrentados a esta ruptura fundamental, todos los especialistas se ven forzados a definirse. Algunos conservarán de esta disciplina su papel estimulante, rechazando toda afirmación categórica. Tales son, especialmente, los que, for-

zados en el psicoanálisis, practican la «nueva psiquiatría», nacida del gran movimiento reformador de la postguerra. Otros aprueban la actitud de los antipsiquiatras, pero desconfían de su teoría: por ejemplo, los psicoanalistas, máxime los de la escuela de Lacan.

Las críticas

Las críticas de la «nueva psiquiatría» pueden ser clasificadas en los dos siguientes apartados:

1. Los antipsiquiatras no ven más que un aspecto parcial del problema. Su postura no es, por lo tanto, teórica, sino ideológica. Por de pronto, el retraer la psicopatología a su aspecto social supone un proceso reductor. Equivale a olvidar que tiene también su dosis de dolencia. Es revelador que los antipsiquiatras no hablen casi de ello. Tan revelador como el hecho de que los ingleses hayan limitado sus experiencias a ciertas variedades de cierta afección, mal definida en el plano clínico: la esquizofrenia. Ante una determinada dolencia, como puede ser, por ejemplo, la de la depresión grave, resulta difícil —según el doctor Racamier— el no tratar de curarlo, mediante la aplicación de un tratamiento: a fuerza de criticar técnicas terapéuticas a corto plazo (tales como la quimioterapia exclusiva), los antipsiquiatras terminan por rechazar toda clase de «técnicas». Tiran, con el agua sucia, la ropa que se trataba de lavar.

Harto difícil es también presentar el viaje psicótico como un modelo de aventura espiritual. Ya que —al decir de los «nuevos psiquiatras»— se trata, propiamente hablando, de un infierno cuyos riesgos últimos habría, por lo menos, que medir. Ver en el loco un genio es tan arbitrario, pueril y dogmático como tratarle igual que si fuese una pílula. Aparte de que la psicosis se halla lejos de pliegarse a una causalidad estrecha, lineal. Es verdad que está ligada a la condición social y familiar. Pero tal condición no penetra en el psiquismo para salir inmediatamente después en forma de «locura». El psiquismo es un lugar de elaboración permanente. La psicosis, un «montaje» lleno de complejidad que no puede ser reducido a la mera cadena de sus ingredientes. Dentro de este proceso, el enfermo no es sólo una víctima, es también, a un nivel más profundo, creador de su propia alienación. «Por ejemplo —dice Racamier—, un sujeto delirante se quejará de ser perseguido, hostigado, acosado... Pero su miedo más hondo es prácticamente inverso, teme justamente lo contrario: verse solo». A fuerza de hablar en términos de existencia, de experiencia y de comportamiento, los antipsiquiatras terminan por negar la enfermedad o por despreñar el inconsciente, borrando la verdad profunda de la angustia que late bajo la dolencia.

Sería, en fin, injusto ver en la psiquiatría moderna un simple mecanismo de adaptación social. «Lo que nosotros buscamos —afirma el profesor Sivadon— no es adaptar, sino aumentar la capacidad de adaptación del hombre. Lo cual debe reforzar su libertad». En fin —concluye la «nueva psiquiatría»—, la psiquiatría conformista y la antipsiquiatría confluyen en un punto: ignorar el aspecto conflic-

tivo de la enfermedad mental. El psicótico es a la vez un «prudente» y un «incapaz mental», un perseguido y un hombre solitario. «Su delirio —dirá Racamier— es a la vez verdad y no-verdad, razón y sinrazón».

En el empalme de lo mental y lo social, al psiquiatra le toca asumir estas contradicciones. El sueño de la nueva psiquiatría son esas «comunidades terapéuticas» donde cuarenta personas, médicos y enfermos, participan en las decisiones de interés colectivo. Sin que se trate de un psicoanálisis de grupo ni de una micro-sociedad ideal, los enfermos disponen del máximo de iniciativa, de expresión y de acción personales. El especialista es aquí un guía, un testigo, un consejero. Facilitará a los pacientes los medios que les permitirán recobrar la posesión de su propio «yo». Esta solución difiere en gran medida de la propuesta por los italianos: para los adversarios de la antipsiquiatría, Basaglia comete, en efecto, los errores de los ingleses, más el pecado político. «Acusar a la sociedad y sólo a ella —dicen— es tener una visión abstracta, esquemática del hombre, que desplaza al enfermo. Hundirle a éste en un clima de contestación permanente a pasar por alto la singularidad de su sufrimiento».

2. Los antipsiquiatras escandalizan, pero sus tesis no son nuevas. Se sabe desde hace ya mucho tiempo —aunque esto no haya servido para cambiar las cosas— que los hospitales no son más que «ghettos». Desde hace quince años se estudia en los Estados Unidos la interacción entre los psicóticos, sus familias y la institución sanitaria. La moderna psiquiatría llega incluso a utilizar, como una técnica más, el «viaje» psicótico bajo forma de cura de sueño.

Por último, desde Freud, se sabe bien que todo delirio encubre una verdad que el individuo teme resulte insoportable a los que le rodean. «El psicoanálisis —manifiesta Racamier— concibe el delirio como una tentativa de recreación y, al mismo tiempo, como un intento espontáneo de curación».

Hay que rendirse a la evidencia: Entre la antipsiquiatría y el psicoanálisis, sobre todo el de Lacan, existen muchos puntos en común. ¿Qué dice Lacan después de Freud? Que el inconsciente no es ningún caos irracional, sino que se halla estructurado como un lenguaje, y que el individuo está ya constituido por este lenguaje, a través de su familia, desde antes de nacer. Censurada, víctima de prohibiciones y tabúes, late una verdad en el código del inconsciente. En la cura psicoanalítica va a poder por fin expresarse libremente nuestro otro «yo». El individuo va a despertar a la evidencia de su propia palabra, va a asumir su historia. Esa cura a través del lenguaje, sin intervención médica, se parece mucho al «viaje» propuesto por Laing.

¿Qué es lo que separa entonces a la antipsiquiatría de las más recientes escuelas psicoanalíticas? En primer lugar, los antipsiquiatras se interesan mucho más, como hemos visto, por las relaciones interpersonales y los comportamientos sociales que por las cosas del inconsciente. Este primer reproche que podemos formularles es fundamental.

La segunda crítica del psicoanálisis

de la «nueva psiquiatría» se refiere al idealismo de los «rebeldes» británicos. Negar la enfermedad mental, imaginar que a través de la psicosis —algo así como mediante el uso del psicoanálisis— es posible llegar a una especie de nirvana, a una plenitud intemporal; afirmar que la ausencia de restricciones exteriores va a resolver los problemas equivalentes a caer en una «ideología de la felicidad». Los antipsiquiatras ingleses manifiestan, frente a esa especie de verdad que es posible encontrar al inicio del «viaje», una lírica confusión tan sólo comparable a la precisión de que dan prueba a la hora de estudiar el grupo familiar. En esos santuarios que son los «hogares» de la locura, los británicos se permiten el lujo de vivir una experiencia al margen de las realidades cotidianas. Los antipsiquiatras italianos, por su parte, caen en el exceso inverso: obnubilados por la liberación política, llegan a olvidar esos datos irreductibles que son la historia inconsciente del sujeto y el papel que juegan las prohibiciones en el funcionamiento de cualquier sociedad.

¿Entonces? Si las teorías de la antipsiquiatría son en muchos casos discutibles y en otros nada nuevas, ¿a qué vienen todas esas polémicas, esa fascinación que aquéllas ejercen sobre el público? Lo que en realidad ocurre es que el momento en que la antipsiquiatría sale a la luz importa en realidad tanto como lo que propone esa misma psiquiatría. En nuestra «crisis de la civilización», la antipsiquiatría no deja de ser uno de tantos síntomas. A excepción de los psiquiatras más tradicionales, todos los demás reconocen que los esquemas sociales juegan un determinado papel en la locura. La crítica de que son continuamente objeto tales esquemas concierne también a la «enfermedad mental». La antipsiquiatría ha puesto de relieve la dimensión social de la locura. Ha subrayado con tinta negra las contradicciones de la moderna psiquiatría: «Cuando un niño se rebela contra la escuela —se pregunta Philippe Meyer— sin, empero, saber explicar que le han inducido a ello el carácter embrutecedor de los programas y la debilidad de sus métodos, ¿puede la institución psiquiátrica limitarse a curar?». Otra contradicción señalada por psiquiatras como el doctor Gentrils o el doctor Racamier: La moderna psiquiatría, en la que el mejor medicamento para el hombre es el mismo hombre, exige todo tipo de pequeños cuidados, así como un personal numeroso, cualificado y plenamente disponible. Ahora bien, esta situación no se da ni mucho menos en nuestra sociedad actual. Los hospitales están abarrotados hasta extremos aberrantes. Una cosa es la teoría y otra muy distinta la práctica. «Hacer la revolución psiquiátrica —opina el doctor Robert Gentrils— equivale a impugnar el «status quo» de todos los grupos humanos y sociales... Hay que conseguir que la gente «normal» escuche lo que dicen los «enfermos»; es decir, hay que comenzar por evitar que éstos se vean excesivamente marginados. Si no, con su pobreza teórica, la antipsiquiatría corre el peligro de no ser más que una moda literaria, una pequeña «nueva ola» en la superficie de las ideas».

■ A. S.