



PSICO(PATO)LOGIA

LA TRADICIÓN PSIQUIÁTRICA INGLESA. LAING Y LA ANTIPSIQUIATRÍA



# ***LA TRADICIÓN PSIQUIÁTRICA INGLESA***

## ***LAING Y LA ANTIPSIQUIATRÍA***

*Teresa Gil Ruiz / José Luis de la Mata*





# ***LA TRADICIÓN PSIQUIÁTRICA INGLESA. LAING Y LA ANTIPSIQUIATRÍA***

## ***1. La tradición psiquiátrica inglesa***

No se puede comprender lo que ha sido la antipsiquiatría inglesa sin comprender la importante tradición psiquiátrica de este país. Los autores más importantes han sido Klein, Fairbairn, Segal, Rosenfeld, Bion... Han hecho contribuciones importantes a la comprensión de los esenciales mecanismos psicóticos, especialmente, el mecanismo de identificación proyectiva. Sus aportaciones se nutren especialmente de una importante experiencia clínica, aunque en autores como Klein hay ciertos desbordamientos teóricos casi, casi delirantes.

En la escuela Kleiniana hay una frecuente superposición de los conceptos de regresión y desarrollo. El modelo de desarrollo es un modelo no observacional y resulta ser una construcción abstracta, derivada de teorizaciones en la observación analítica. La regresión aparece como un desarrollo y el desarrollo como lo contrario de la regresión. El proceso de desarrollo se analogiza como un proceso de estados análogos a los estados psicóticos. Y esto lleva siempre a confusión, porque nunca se acaba muy bien de ver donde acaba la metáfora y donde empieza el lenguaje directo. El principal reproche contra esta escuela es el de que utilizan los términos teóricos como si fueran observables, lo que determina siempre un sistema de bases teóricas muy imaginarias. No voy a insistir aquí demasiado en las líneas de trabajo de esta escuela. Quizás las más importantes aportaciones se den en el campo de la descripción de los estados psicóticos y en la comprensión de los mecanismos de regulación de los grupos (Bion). Un aspecto si merece ser destacado, porque va a influir en la concepción que de la locura tiene Laing. “En un replanteo de la psicosis, puede advertirse que no es la carencia de insight lo que afecta a quienes sufren esquizofrenia, sino en muchos casos el exceso. Es en lo que hacen o/ no pueden hacer con ese insight en las relaciones de poder, control y dominación que no pueden modificar sin sentirse devastados, en los cuestionamientos que no aciertan a formular sin el temor de desintegrarse, donde yace la aproximación al problema”.

Los estudios de Winnicott se desarrollan en líneas similares, considerando el problema de las fases del tratamiento y a este mismo como un proceso. Para este autor siempre hay una crítica hacia toda posición apresurada de interpretación: el tratamiento debe iniciarse siempre por la consideración de las etapas primeras del desarrollo emocional del loco, de forma que se lleve a éste a “lograr una creencia en la posibilidad de corregir el fracaso original que es seguida por la regresión, para hacer un nuevo desarrollo emocional progresivo”. Para este autor en el comienzo, hay siempre un fracaso personal en la adaptación ambiental. El falso self contiene la situación de fracaso en estado de congelación y mantiene este estado mediante una estructuración defensiva particular. De ahí que el



hospital permita una regresión operativa: “La organización que hace útil a la regresión se diferencia de las otras organizaciones defensivas en tanto encierra la oportunidad de una nueva ocasión para descongelar la situación congelada y ofrece una oportunidad al medio, esto es, al medio de hoy, para hacer una adaptación adecuada aunque tardía”.

Como nos dice Winnicott: “La enfermedad psicótica está relacionada con un fracaso ambiental en una etapa temprana del desarrollo del individuo. El sentimiento de futilidad e irrealidad corresponde al desarrollo de un falso self que surge para proteger al verdadero self.

El marco del análisis invita a la regresión, debido a su confiabilidad”. “La enfermedad psicótica solo puede aliviarse por medio de una provisión ambiental especializada entretejida con la regresión del paciente”. Esa provisión ambiental es lo que permite la aparición de un nivel de acción múltiple sobre el paciente, nivel que es el que hoy se llama socioterapéutico y que representa el interjuego de la regresión intrapsíquica, la reelaboración de las relaciones de objeto, con el desarrollo de una relación y actividad interaccional más rica y menos conflictiva. Esto realmente es el aspecto clave que concede valor terapéutico a las experiencias comunitarias. De ahí que se pueda considerar a Winnicott el auténtico animador de las ideas puestas en prácticas por Laing y sus compañeros.

## ***2. Epistemología y Psiquiatra social***

Otro aspecto transcendental de progreso en la transformación del concepto de esquizofrenia como enfermedad social y de la concepción social de su terapia, son los estudios epidemiológicos que desde la década de los 30 han aportado conocimientos sobre la relación entre características de la estructura social y aparición de la enfermedad mental.

En los años 30, Farris y Dunham realizaron una investigación en la ciudad de Chicago, para estudiar la distribución de ingresos en los hospitales psiquiátricos según el área de residencia de los pacientes. Se llegó a demostrar que el ingreso estaba en relación directa con tres características del área social: alta densidad de población, bajo nivel económico y alto índice de delincuencia. La patología correlacionaba directamente esquizofrenia con situación de pobreza y carencia social. Con ese estudio se originó una fuerte polémica entre los que preconizaban la conexión esquizofrenia-pobreza (lo que entrañaba la causación social de la enfermedad) y los que consideraban que la enfermedad sólo tenía que ver indirectamente con factores sociales. Los resultados de la investigación de estos autores han sido comprobados mundialmente, de manera que hoy tiene que aceptarse esa correlación directa. Mowrer 10 años después realizó una investigación similar en Chicago y volvió a ratificar los resultados anteriores. Otro gigantesco estudio que nunca ha sido publicado en su totalidad fue el hecho por Srole y sus colaboradores en el barrio Midtown de la ciudad de Nueva York. Este trabajo (Midtown Manhattan Study) encuentra tasas muy altas de incidencia de enfermedad mental. Destaca variables socio culturales particulares y propone cuestionarios estandarizados en los que en lugar de decidir por diagnósticos psiquiátricos, se determina el grado de incapacidad social del individuo. “También sostiene que



la familia constituye la unidad social básica y que cada familia refleja en su funcionamiento, de manera específica, los factores que caracterizan al sistema social más amplio. Estos estudios han sido imitados en muchos otros lugares del mundo, llegándose a la conclusión que la enfermedad mental es un fenómeno totalizadamente ecológico. Tesis que, con una serie de precisiones, mantenemos en este libro.

Hollingshead y Redlich en la ciudad de New Haven realizaron un estudio de extraordinaria importancia para los aspectos que aquí estamos realizando. Toman la posición social del individuo como variable independiente y llegan a verificar estas tres hipótesis:

- 1) La prevalencia de la enfermedad mental está significativamente ligada con la posición del individuo en la estructura social.
- 2) Los tipos de desorden psiquiátrico están significativamente ligados con la estructura de clase social (invirtiéndose la relación psicosis-neurosis a medida que se desciende en la escala social).
- 3) El tipo de tratamiento psiquiátrico administrado por los psiquiatras está asociado con la posición que ocupa el individuo en la escala social.

Los estudios epidemiológicos, pues, indican que la sociedad de masas, la sociedad de clases determinan un índice progresivamente mayor de producción de esquizofrenia. Que este índice registra sus mayores evaluaciones en las áreas de urbanización más miserables, de equipamiento en servicios sociales más pobres y en donde la población es de estructura proletaria o semiproletaria. Esto afecta a una profundización en el conocimiento de la sociogénesis de la esquizofrenia. Los factores debidos a la psicogénesis tienen su específica intervención, pero están sobredeterminados por los valores de irracionalidad social, de explotación y de opresión y represión. Todo esto tiene su expresión en la dialéctica relaciones vinculares, relaciones interpersonales que aquí desarrollamos.

Otros conceptos se refieren a la composición del nivel familiar. El concepto de Frieda Fromm-Reichman de "madre esquizofrenógena" ayudó durante un cierto tiempo, pero, al final, resultaba inútil porque atribuía a un sólo miembro de la familia una culpa que perdía de vista la integración del sistema familiar. El concepto fue criticado por Hotchkiss. Una revisión como la de Sanua llegó a la siguiente conclusión: "el estudio de las relaciones padres e hijos, en el caso de esquizofrénicos y normales, no puede ser hecho evitando el factor clase social, como a menudo ha ocurrido en el pasado. Estos estudios han documentado muy posiblemente una diferencia de clase social en cuanto dominación materna, en lugar de una diferencia vinculada a la enfermedad".

El estudio de grupos familiares con miembros que padecían esquizofrenia se desarrolló sobre todo en USA, siguiendo varias líneas. Tenemos así los estudios de Teodoro Lidz en la Universidad de Yale, Lyman Wynne en Maryland, de Ackerman en Nueva York, de Murray Bowen en Washington y de Gregory Bateson en Palo Alto (California). Las dos primeras conclusiones de los trabajos de Lidz fueron: que hay una transmisión de la irracionalidad en la familia y que hay una división entre familias divididas cismáticamente y familias que han establecido una unidad que funciona con una



distorsión en su conjunto. La familia no es considerada entonces como un conjunto de personas cuyas características resultan mutuamente influyentes, sino como un sistema cuyo funcionamiento se expresa en transacciones específicas.

### ***3. Comunicación y teoría del Doble Vínculo***

Un grupo que ha tenido gran importancia en el campo de la conceptualización psiquiátrica es el grupo de Bateson, procedente de la antropología y del desarrollo de la teoría de la comunicación. La propuesta realizada sobre la teoría de los Tipos Lógicos de Russell más las aportaciones de Bay Haley y de Don Jackson producen una investigación de más de 10 años de duración que tendrá entre otros efectos la de elaborar el tema del doble vínculo. Las condiciones que estos autores consideran esenciales para que se configure una situación de doble vínculo son las siguientes:

- Dos o más personas.
- Una repetición de la experiencia.
- Una prohibición primaria.
- Una segunda prohibición que se contrapone a la anterior, en un nivel más abstracto y que está formulada en términos tales que hacen peligrar la capacidad del sujeto para sobre-vivir.
- Una prohibición terciaria que impide al sujeto salir del campo de las relaciones actuales, porque en ello ve comprometida su existencia.

Lo importante aquí es que el contexto es una situación circular, de sistema, que produce situaciones y definiciones conflictivas y contradictorias. Los sujetos están incapacitados para metacomunicar entre sí. El doble vínculo es un proceso secuencial, de carácter circular en donde la comunicación, con sus niveles de información y relación están ampliamente disturbadas, hasta el punto de impedir una comprensión de las auténticas relaciones que se dan en el interior del sistema. Esta situación no es típica únicamente de los sistemas familiares, sino que puede aparecer en cualquier tipo de sistema institucional. Ya no se trata de encontrar víctimas y verdugos, porque aquí son todos víctimas. Su interés para la patología es importantísimo porque permite desindividualizar la locura y comprenderla como función de un sistema altamente perturbado.

La idea de comunidad terapéutica ha quedado ligada a la persona de Maxwell Jones. Desde el punto de vista del desarrollo pionero de la experiencia esto es fundamental. Los trabajos de este autor comienzan con una experiencia inicial con Rickman y Bion, a través de la experiencia de Mill Hill, el campamento de rehabilitación de prisioneros de guerra en Dartford y la unidad del Hospital Belmont (actualmente Henderson), hasta llegar al hospital Dingleton, en Melrose, Escocia. Los primeros



intentos coinciden con la necesidad de atender a una numerosa población de pacientes retornados de los frentes de la segunda Guerra Mundial. Esto dio lugar a la necesidad de desarrollar las técnicas terapéuticas de grupo. Pero hay un aspecto más importante, como es la necesidad de alcanzar la aplicación masiva de la teoría interpersonal de Sullivan al campo de la psiquiatría grupal.

## ***4. Maxwell Jones y el origen de las comunidades terapéuticas***

Maxwell Jones intenta operar con técnicas de discusión sobre grupos amplios de pacientes “psicosomáticos”. En palabras de este autor se está “haciendo un esfuerzo por pensar en el tratamiento como un proceso continuo que opera a lo largo de la vida despierta del paciente mientras está en el hospital”. Esto lleva un tipo de organización de actividades en dónde la jerarquía médica original tiende a desaparecer. Se pudo observar que a medida que cambiaba el rol médico cambiaba la actitud del paciente en la sociedad hospitalaria. “Si el paciente reconoce el efecto de su conducta sobre otros individuos y aprende a reconocer las motivaciones de sus actos, se desarrolla una situación potencialmente terapéutica. La existencia de personal entrenado y la planificación conjunta de las actividades comunitarias aumenta la posibilidad de que la experiencia social sea terapéutica”.

Jones desarrolla su trabajo sobre la premisa de que toda actividad comunitaria es terapéutica y que todos los integrantes de la comunidad son terapeutas. La escasez de personal con la que contó Jones (100 pacientes para 4 psiquiatras, 1 psicólogo, 2 asistentes sociales psiquiátricos, 5 instructores de terapia ocupacional y unas 20 enfermeras) demuestran que son los aspectos conceptuales e ideológicos de la tarea psiquiátrica más que la carencia de recursos, lo que puede llevar a una transformación de la estructura manicomial. Lo fundamental del trabajo de Jones se hizo con las enfermeras y con las auxiliares de enfermería, personas sin entrenamiento previo que llegaron a alcanzar una capacitación terapéutica altísima.

Maxwell Jones eliminó el autoritarismo médico, introduciendo una actitud pedagógica que se desarrolló sobre todo en el plano de la reeducación social. Jones puso el énfasis en la presión social y el control social como elementos que muchas veces provocan la ansiedad en la búsqueda de adaptación social. Jones no hizo un replanteamiento etiológico propiamente dicho: su experiencia tuvo lugar en un medio social que apoyó desde el comienzo una actividad que se inició con soldados que aún vestían uniforme. El apoyo que la comunidad prestó a esta tarea de rehabilitación es un aspecto que no debe perderse de vista siempre que se trate de extender el sentido de la experiencia terapéutica.

Robert Rapoport realizó un estudio muy completo de la Unidad de Rehabilitación Social del Hospital Belmont entre 1.953 y 1.957, analizando específicamente la ideología de la unidad, la organización de las actividades y el sistema de roles sociales. Señaló la confluencia entre los conceptos de “curación” y “rehabilitación” y estableció claramente que sólo se puede hablar de rehabilitación como consecuencia



de un abordaje de tipo sociocultural, capaz de desbordar estrictos planos de tratamiento biológico y aún psicológico. Los temas en los que se expresaba la ideología del trabajo de la unidad fueron los siguientes: la democratización, la permisividad, el comunalismo y la confrontación con la realidad. Todos estos temas fueron estudiados muy profundamente.

La democratización se refiere a la creencia de que “cada miembro de la comunidad debe compartir, en igual grado, el ejercicio del poder en la toma de decisiones sobre asuntos de la comunidad, tanto terapéuticos como administrativos”. Había un gran acuerdo en afirmaciones del tipo siguiente: “Los pacientes deben ayudar a decidir cómo los demás pacientes deben ser tratados” y también que “los pacientes deben tomar mucha responsabilidad en el tratamiento con otros pacientes”. La permisividad se relaciona con la tolerancia al comportamiento no usual en otros medios y se expresa de la manera siguiente: “si un paciente es muy abusivo o destructivo en el hospital es mejor discutirlo con él que disciplinarlo”. Se supone de entrada que pueden aparecer muchas situaciones frente a las cuales no hay claras alternativas de conducta de manera que hacer lo que se tiene que hacer resulta frecuentemente un tema de creatividad individual y grupal.

No se hacen esfuerzos por eliminar la tensión y la ansiedad sino que cada vez que aparece la tensión y la ansiedad se trata de intentar dar la respuesta más adecuada. El tema de comunalismo se refiere al funcionamiento basado en una interrelación íntima: “De ser posible el personal y los pacientes deben compartir todas las tareas, las instalaciones y las responsabilidades” y también que “todo lo que los pacientes hacen durante su estancia en el hospital debe ser usado para su tratamiento”. El tema “confrontación con la realidad” se percibe en la propuesta de que un paciente, cuando está en el hospital, no debe olvidarse de sus problemas externos y también que los hospitales psiquiátricos no tienen por qué proporcionar un cambio en la vida habitual del paciente, sino intentar poner en condiciones a este paciente de enfrentarse a los problemas que su medio habitual le plantea.

Todo lo anterior muestra muy bien que la organización comunitaria oscila entre el equilibrio y la desorganización. La comunidad se entiende sobre la base de que constituye un proceso dialéctico institucional en donde la entrada y salida de pacientes, sus relaciones, el desarrollo de situaciones críticas y los cambios en los problemas enfocados, tienden a reproducir las condiciones habituales de todo sistema social sometido a condiciones de evolución y cambio.

En línea muy similar de los análisis de Rapoport se han desarrollado los estudios de Almond y Keniston que en los últimos años han abordado el estudio de los valores en la CT. estudiando un tipo de pacientes según la modalidad de relaciones que éstos pacientes establecen con la CT.

En una revisión de su experiencia, Maxwell Jones replantea algunos de los temas que han centrado su interés: el problema del liderazgo múltiple, la toma de decisiones por consenso, el trabajo en la comunidad externa y el concepto de aprendizaje social. En este autor hay que comprender que lo más importante es su experiencia, pues siempre que pasa de lo empírico a lo teórico nos encontramos con algo de lo que lo menos que podemos decir es que es ingenuo. Jones plantea el problema de que una comprensión y un tratamiento de la locura pasa generalmente por una comprensión etiológica de los factores que causan la locura. En Jones hay una referencia siempre



muy importante al papel que juega el aprendizaje social, con una ignorancia muy inglesa de la política o sea “de la estructura social como determinante de significaciones, alteraciones y patología. Su Modelo se inclina resueltamente por la adaptación social. Esto lo acerca peligrosamente al concepto de planificación social de la conducta (muy cerca, pues, de la psicología del aprendizaje) que es radicalmente distinto de planificar situaciones que permitan explorar el significado de las conductas”. Lo que se evita en el planteamiento de Jones es al sujeto y a la dimensión fantasmática del sujeto, con lo que no se sitúa la locura como expresión actual del desarrollo industrial, dos de cuyos exponentes, la computadora y la máquina de programación de aprendizaje seducen muy claramente a Jones.

## ***5. Crítica al Reformismo de M. Jones: una ideología de la adaptación***

Hay que criticar los aspectos ideológicos de la obra de Jones, aunque se tenga que reconocer la importancia de transformación psiquiátrica que juegan las CT. Estas pueden jugar un papel importante a la hora de determinar la comprensión de factores sociales en la causación de la locura y el cuestionamiento del sistema social capitalista. La posición de Jones siempre se queda corta a la hora de establecer la conexión entre la CT. y la comunidad externa. Esto supone una concepción fundacionalista de la sociedad, además de una percepción conformista del sistema social. Se debe comprender que desde esta concepción funcionalista de las CT., la enfermedad mental solo puede aparecer como un mero desequilibrio homeostático por falta de un aprendizaje adecuado. No se comprende que no es el aprendizaje lo que falla, sino que son las leyes de funcionamiento y los valores de la propia sociedad capitalista las que producen el desequilibrio que llamamos “locura”. Leyes que, además es necesario “reconocer” en la estructura de las redes vinculares.

El reformismo, de Jones aparece también en la instrumentación de sus conceptos. Una cosa es que, en una situación casi experimental podamos establecer las leyes y valores de funcionamiento y otra cosa es pensar que el consenso pueda servir para eliminar las contradicciones en el seno de la sociedad real. La sociedad no soporta ninguna diferencia que atenta contra sus valores. En una sociedad de clases, toda situación de conflicto es una situación crisis, una situación de oposición entre las necesidades de producción/reproducción de una sociedad fundada en la explotación y la situación de los individuos que aspiran a una mayor humanización. El conflicto en último término se debe referir a la oposición entre las leyes capitalistas de la sociedad y las necesidades históricas de los grupos y de los hombres. Una situación de CT. es siempre una situación de privilegio, en la medida en que los participantes pueden definir sus relaciones en términos de opciones significativas, que pueden recabar la colaboración y la participación activa de sus protagonistas.

Lucio Schittar plantea que “el problema de la transformación de las instituciones psiquiátricas ha encontrado en la CT. un tipo de solución que puede llevar a desarrollos sucesivos y ciertamente no puede negarse que en ellas se han planteado por primera vez como problema todas las contradicciones





fundamentales de la realidad institucional. Su merito es continuar día a día evidenciando estas contradicciones, sustrayéndolas, a la esquematización maniquea y aproblemática del hospital psiquiátrico tradicional. Aunque existe en ella un riesgo grave de involución, es merito de la situación comunitaria permitir correr ese riesgo cotidianamente”. Jervis, Pirella insisten en que es necesario hacer la crítica de la CT. sin proponer argumentos psiquiátricos regresivos. Y todo el equipo de Basaglia llega a la convicción de que la finalidad de la CT. es permitir, cuestionar en forma global el poder externo. En una situación de psiquiatría comunitaria lo fundamental es cuestionar el poder externo, sin permitir que la CT. pueda ser absorbida por el sistema social imperante.

## 6. La renovación en Francia

En nuestro texto sobre Basaglia nos referimos a las distintas propuestas del planteamiento de reforma francesa. La obra de Jones ha sido muy ampliamente divulgada. No ha ocurrido lo mismo con el movimiento de reforma de la psicoterapia institucional y de la psiquiatría de sector en Francia. En honor a la verdad, en Francia, se han producido cambios conceptuales y técnicos muy importantes.

Tosquelles permitió realizar un conocimiento muy profundo de la estructura totalitaria de los asilos, en los que el sujeto pierde el lugar y la palabra.”Es decir, que reconocen en la alienación institucional las dificultades del sujeto en reconocerse como tal y la inexistencia de un sistema de mediación desalienante que conduce a las distintas formas de cosificación, paternalismo, hipocresía y opresión terapéutica”.

Balvet, en la época de los 40, retomó los principios de Esquirol de manejar la institución como elemento de curación. Bonnafé planteó el problema de la solidaridad entre los problemas de asistencia psiquiátrica y los problemas doctrinarios: Daumezon comenzó a utilizar en 1.948 conceptos psicoanalíticos para la comprensión de los fenómenos institucionales y Tosquelles en Saint-Alban experimentó la aplicación de las técnicas psicodramáticas. Entre 1.950 y 1.960 Daumezon y Tosquelles pusieron las bases del movimiento de la psicoterapia institucional, para llegar finalmente a fundar la Sociedad de Psicoterapia Institucional. Tosquelles ha sido en Francia el que mejor ha descrito la situación de alienación del sujeto respecto a la red de significaciones del medio social y Oury ha escrito que, la restitución de la condición de sujeto para los individuos, no puede darse en medio de las cosas inertes sino en la articulación de la cadena simbólica. En las últimas décadas el pensamiento de estos psiquiatras ha sido fuertemente influido por Lacan. Una crítica de todas estas posiciones se puede encontrar en la bibliografía última de Castel. En una línea de evolución progresista se pueden contemplar las obras de Racamier y de Mannoni. La obra de Racamier “El Psicoanalista sin Diván”, se plantea una serie de problemas como son los de relación entre médico y paciente, el modelo teórico de abordaje de la locura, el estilo fundamental de la relación entre el psiquiatra y sus colaboradores, la organización del equipo y la elaboración de las elecciones terapéuticas etc. etc. Se ha hecho en el texto una crítica de lo fundamental de estas alternativas. Por último, conviene destacar a Hochmann como uno de los principales representantes de la psiquiatría institucional y de la psiquiatría de sector. Una crítica muy interesante de estas posiciones la encontramos en Castel.



## 7. Laing y las nuevas propuestas comunitarias

En la década de los 60 y basándose en los planteamientos de Laing, Cooper, Joe Berke, Morton Schatzmn se desarrolla lo fundamental de lo que hoy podemos considerar “antipsiquiatría”. En el comienzo se trata de una crítica a las limitaciones del pensamiento psicoanalítico y de una confluencia con las posiciones del método fenomenológico, como método y lenguaje que “permite describir las experiencias internas intra e interpersonales de la locura, así como la búsqueda del significado social de ésta locura”. En 1.960 Laing trata con su obra “El Yo dividido” de dar una fundamentación existencial fenomenológica a la psiquiatría. Centrándose en el estudio de pacientes que padecían esquizoidia y esquizofrenia, Laing establece el concepto de “inseguridad ontológica” que puede colocarse en una línea de continuación con las propuestas de Sullivan, Federn y Frieda Fromm-Reichmann. Este concepto va desarrollado con el estudio de tres tipos de defensa fundamentales: el engolfamiento, la implosión y la petrificación. Esta obra es un estudio de psicopatología existencial, emparentada con la obra de Binswanger, Minkowki, con conceptos de Merleau-Ponty y Sartre y entroncado también con la escuela inglesa de Klein, Winnicott y con los trabajos de Sullivan y de Fromm-Reichmann. Esta obra en la reedición de 1.964 introduce el concepto de represión social, aunque lo más importante de ella es que configura un intento de acercamiento al fenómeno clínico de la esquizofrenia, con el uso de un lenguaje experiencial.

El pensamiento de Laing conoce cuatro grandes etapas: la clínicoindividual, la etapa relacional, la etapa social, y la última etapa mística que aun está elaborándose. A la primera etapa corresponde el “El Yo dividido”, la segunda tiene obras como “El Self y los otros”, “Percepción interpersonal”, “Salud, Locura y Familia” y la tercera etapa está representada por “Lo Obvio”, “Metanoia”, “La política de la Experiencia”. En la evolución de la obra de Laing se encuentran desde intentos de definición de las experiencias interpersonales hasta el estudio de los modelos comunicacionales complejos. “El Yo dividido” es una obra fundamental para abordar los problemas de la vivencia del cuerpo en la psicosis, de la fragmentación personal en ésta, de su carrera teatral. En “Sanidad, Salud, y familia” se encara el problema de la experiencia psicótica tal y como se desarrolla en el texto de las relaciones familiares. Ahí lo fundamental es el texto relacional que hace significativo lo insignificante y comprensible lo incomprendible. La dinámica familiar a través sus mitos y ritos, a través de su economía y de sus ocultamientos, establece un juego infernal entre conductas y experiencias. Los psiquiatras privilegian la conducta, con lo que destruyen la experiencia de la personalidad, llegando finalmente a destruir a esta misma personalidad. En esta obra, Laing conecta extraordinariamente con los trabajos desarrollados por la escuela de Palo Alto.

En “Metanoia” Laing presenta dos hipótesis:

- 1) Todo lo que es clínicamente diagnosticado como esquizofrenia frecuentemente ha de ser un recurso, que el ser humano utiliza cuando todos los demás recursos parecen imposibles.
- 2) Si el encuadre y la situación pudieran ser cambiados, la experiencia podría ser transformada de tal manera que no tendríamos ya razones para considerarla psicótica.



Del estudio de los grupos familiares psicotizantes lo que podemos saber es que muchas formas de comunicación incomprensibles no son sino formas de no comunicarse. Lo que el psiquiatra debe hacer, al estar fuera del círculo infernal familiar, al ser capaz de establecer el modo de acercamiento fenomenológico, es intentar la posibilidad de comprender, tornar significativo y responder adecuadamente al mensaje psicótico. Si ejercemos la comprensión, no necesitamos conceptualizar como psicótico el mensaje que la persona que sufre esquizofrenia nos lanza. Tenemos que superar las desconfirmaciones sociales y comprender el mensaje esquizofrénico como “el recurso al que el ser humano recurre, cuando todo lo demás aparece imposible”.

Laing, en nombre de la comprensión fenomenológica, quiere rechazar el método científico, porque este método naturaliza: los psiquiatras tratan con conductas y no con experiencias y por el lo llegan a negar radicalmente a los sujetos. Por ello, es necesario comprender las experiencias. Para devolver a una persona su “seguridad ontológica” es necesario propiciar le “un encuentro con todas las alternativas de la vida, sociales, éticas, rituales y biológicas desde un firme sentido de la realidad a identidad propias y ajenas”. Laing siempre cree que todo esto debe buscarse en la identidad última de los sujetos, más allá del campo de los fenómenos sociales, allí donde no existe ningún compromiso social y donde las exigencias hipócritas de la cultura dejan su lugar a la experiencia vivida de los sujetos. La relación de una persona que sufre psicosis con su familia, con su grupo social, con su grupo ideológico está siempre adulterada por convenciones. De lo que se trata entonces es de sobrepasar todas estas convenciones para alcanzar la estructura última del yo. Sólo a partir de ahí, se podrán comprender los factores que promueven la desorganización intrapersonal, interaccional, familiar, y de grupo social de la conducta del loco.

Como influido por la fenomenología, Laing destaca el valor de la desorganización en el descubrimiento personal, en la exploración del self. Siempre hay en él la idea de que la locura es un “viaje” en el que el sujeto trata de defenderse de la agresión ambiental, para alcanzar esa experiencia enriquecedora en la que pueda fundirse con su identidad. Laing considera que “el loco no protesta contra el sistema social, sino que expresa, por el contrario, la acción que normaliza, el sistema que puede llegar a aniquilarlo, una vez que lo psicotiza”. De aquí, la idea de Laing de que es necesario, para destruir la relación institución-alienación, lo que él llama antiinstituciones y de ahí también el que considere necesaria la experiencia psicodélica como la posibilidad de facilitar ese viaje que nos permita llegar a nuestra identidad. Se ha dicho de él que aplica siempre tres modelos: el psicoanalítico, el conspiratorio, y el psicodélico. El conspiratorio es como la familia, la sociedad y el manicomio tratan realmente a la persona rotulada como esquizofrénica. El psicodélico es una descripción de como él piensa que se debería tratar a quienes sufren esquizofrenia. Y el psicoanalítico, según sus detractores, es como él actúa realmente. Se afirma sin embargo que hay en Laing un mayor rigor en su concepción teórica que en su concepción práctica.

En 1.965 la Philadelphia Association cedió un local a Laing para que éste desarrollara sus ideas sobre el tratamiento de la esquizofrenia. Estas unidades que luego se multiplicaron son más bien “comunales” que CT. Se trata de intentar desarrollar los aspectos receptivos de las psicosis a través de un sistema de convivencia de personas. Tal grupo desarrolla su vida en forma espontánea, permaneciendo en el lugar, trabajando en otros lugares durante el día, actuando como terapeutas recíprocos. El relato de tratamiento más típico es el de Mary Barres. Kingsley Hall “permitió a personas con perturbaciones



encontrar una alternativa a la hospitalización, una oportunidad de vivir su locura y crecer a través de ella”. El edificio albergaba a 14 personas y participaron en esta experiencia además de David Cooper los psiquiatras americanos Leon Redler, Joe Berke y Morton Schatzman.

Kingsley Hall se desarrolló hasta que tuvo que cerrar por problemas con la vecindad. De esta actitud popular, los antipsiquiatras ingleses llegaron a establecer lo que ellos consideran la consideración de la estructura sociopolítica de la locura. Su experiencia sin embargo de crear antiinstituciones por grupos de elite es una experiencia vanguardista y de privilegio, que si bien permite obtener algunas conclusiones experimentales, no tiene ningún sentido asistencial. En otro orden de cosas podríamos hablar de Cooper y de los movimientos que han surgido en Estados Unidos. En otros trabajos hemos establecido, una profundización superior en la crítica de los modelos médico y antipsiquiátrico.

En Crítica de la obra de Laing, nos proponemos desarrollar algunos de los conceptos y los rasgos esenciales de los modelos que Laing utiliza en lo que podemos considerar las tres etapas fundamentales de su obra. Lo consideramos necesario, puesto que hasta aquí fundamentalmente hemos venido considerando más un modelo colectivo sociológicoexistencial que una profundización en las aportaciones sobre la locura que Laing ha expuesto a lo largo de su obra.

Sin embargo y antes de entrar en esa “Crítica”, no estaría por demás, indicar que no existe un sólo Laing. Está el Laing de los escritos, el Laing de las presentaciones públicas divulgativas, como el Laing de los mass media. Está también el médico psiquiatra que habla a sus colegas. Y aún el Laing de la relación terapéutica. ¿Cuál es el verdadero? Difícil saberlo.

## ***8. Crítica de la obra de Laing***

En distintos lugares de este trabajo nos hemos referido, con mayor o menor extensión, a la obra de Ronald Laing. Y es muy posible que tengamos necesidad de volver a él, en otros momentos. A pesar de todo, quizás nos haya faltado conceder más atención a sus conceptos propiamente técnicos, en especial los correspondientes a las 1ª y 2ª partes de su obra. No cumpliremos esa tarea en su totalidad en este punto, sino que en el apartado dedicado a patología del tema de comunicación tendremos que recurrir a algunas de sus descripciones. Por lo tanto, aquí nos limitaremos fundamentalmente a establecer una más completa guía de los periodos detectables en su obra y a exponer críticamente sus principales conceptos. Recomendamos, entre otros, los trabajos críticos de Sedgwick (1973), M. Siegler, H. Osmond y H. Mann (1973), la entrevista con Th. Lidz por Orrill y Boyers (1973) y, en general este texto editado por N. Caparrós (1973).

A las tres grandes fases que es posible descubrir en Laing, corresponden tres modelos estructurales de comprensión de la locura, modelos que se sintetizan en la obra “The Politics of Experience” (1967):

1. El psicoanalítico es criticado desde el modelo fenomenológico-existencial.



2. El confabulatorio o comunicacional.
3. El modelo psicodélico o místico-existencial.

A lo largo de esta carrera, Laing pasa de una comprensión que rechaza tanto la visión naturalizadora como la psicoanalítica de la locura hasta llegar a la concepción mística de la experiencia psicótica como un tipo de experiencia superior. Y así si en un primer momento intenta comprender el lenguaje esquizofrénico, encontrar la dinámica y el código de su sentido para buscar la vivencia existencial de la fragmentación y despersonalización, finalmente intenta no sólo preservar esa experiencia psicótica, sino, incluso, y en la medida en que sea posible, hasta preconizar la.

Esto es, la constante total de la 1ª y 3ª etapas consistirá en buscar, más allá de las conductas, la vía de la experiencia vivida que permita encontrar esa identidad última de un sujeto que sufre de “inseguridad ontológica” y que falsamente busca resolver la con la adopción de un “falso yo”:

## a) La primera etapa y el “Yo dividido”

Se trata del periodo en el que Laing mantiene distintas colaboraciones y en el que se producen sus aportaciones más “ortodoxas”. Colaboraciones con Cooper y Esterson, en las que los planteamientos más dinámicos y más interpersonales dejará lugar a una posición más individualista.

Médico militar desde 1951 a 1953, trabaja posteriormente en un hospital psiquiátrico de Glasgow de 1953 a 1956, periodo al que pertenecen los casos estudiados en el “Yo dividido”, obra que concluye en 1957, en su primer año de investigación en la clínica Tavistock de Londres. Durante un tiempo importante revisó la literatura freudiana y neofreudiana, conectando también con la escuela fenomenológica (Binswanger, Minkowski, Boss) así como con el pensamiento existencialista (Heidegger, Sartre y aún, como antecedente, Hegel).

En esta primera obra, “El yo dividido”, Laing todavía no realiza ningún ejercicio de análisis místico- filosófico. Por el contrario, pretende partir de hechos tan evidentes como son la presunta falta de sentido de las conductas psicóticas y la crítica del modelo psiquiátrico tradicional. Se opone esencialmente a un sistema clasificatorio (Kraepelin) que cosifica al ser humano e “inventa” al loco.

“Loco” o “psicótico” no es sino una categoría ideológiconosográfica, en la que una persona consuma técnicamente su terrible camino de aislamiento, inseguridad, disyunción respecto a los demás. Es decir, para Laing la cordura o la locura son la mayor parte de las veces, estados de definición social que representa el acuerdo o desacuerdo entre los individuos. Si de una persona se afirma que es esquizofrénica, todos sus comportamientos serán considerados desde el prisma de enfermedad y de necesidad de encontrar en todos signos mórbidos de enfermedad. En esta perspectiva, Laing “renuncia” a ser psiquiatra; no puede comprender los síntomas desde esa lectura, no quiere colaborar en ser constructor técnicoideológico de la locura.



Con esa misma orientación, se sitúa ante el lenguaje o el delirio. Estas dos producciones son susceptibles o de ser consideradas desde el punto de vista de manifestación de un organismo enfermo o, por el contrario, ser comprendidos como manifestaciones de una persona que, en consecuencia, intenta hacerse comprender de nosotros. Pero, para lograr esta comprensión, es necesario comprender el marco existencial de la persona que sufre de psicosis, como lo único que nos puede permitir estudiar sus actos y su discurso.

Es así como Laing comprende la fenomenología existencial: reconstrucción del sentido del discurso, como reconstrucción de la manera que el sujeto que sufre esquizofrenia tiene de ser él mismo en el mundo; como intento, pues, de captar la significación de sus acciones, de descifrar lo que de jeroglífico tienen sus actuaciones. Y todo el lo en la finalidad de conocer lo, pero sin que el lo suponga destrucción de la personalidad del loco. Otra cosa es lo que se consigue cuando el psiquiatra es sordo o activo del lenguaje clínico cosificador o como representante de la institución totalitaria del manicomio.

Porque, para Laing, el problema del lenguaje clínico no es que se trate de un lenguaje técnico más o menos. Es un lenguaje con efectos prácticos indudables, puesto que se utiliza para aislar al individuo rotulado de las condiciones humanas de vida, a la vez que circunscribe y congela toda la significación que para él posee su locura (=su vivido, su palabra, su acción). Entonces dejar de ser psiquiatra no es otra cosa que comprender que no hay hombre sin la relación con otros hombres y que no hay hombre sin “su” mundo. Pero que, además, este mundo no puede existir sin su sujeto. De manera que las vivencias de una persona no son sino el efecto de sus interacciones, de sus comunicaciones, de sus interrelaciones.

Sólo en ese sentido hay que entender la vocación antipsiquiatra de Laing: oposición metodológica y epistemológica que se expresa en un lenguaje existencial. Y es claro que una tal posición no podemos menos de compartirla; por supuesto, que el tema, sin embargo, se desliza ideológicamente, pues, en último término, quizás sea necesario preguntarse si despsiquiatrizar la locura equivale rigurosamente a desmedicalizarla, posición ésta, política e ideológica, que sería más consecuente con la presunta ruptura epistemológica. Por nuestra parte, entendemos que una despsiquiatrización de la locura tiene que consistir en el reconocimiento de la locura, como proceso y estructura interpersonal, intersubjetiva y subjetiva; lo que entraña, teórica y prácticamente una desmedicalización que afecta tanto a la consideración del Conflicto como a la salud y enfermedad.

Otro de los puntos importantes que presenta este primer trabajo es el intento de “socializar” y “psicologizar” (sea esto dicho en la mejor acepción de los términos) algunos temas filosóficos, como puede ser el “Dasein” o el de “inseguridad ontológica”. El primer tema, “ser-en-el-mundo”, ya presenta en esta primera fase un desarrollo societario: la importancia que corresponde en la construcción de la locura a la estructura y constelación familiar. “Estar-en-el-mundo” deja su lugar a conceptos como los de interacción social, intersubjetividad, self, construcción de la personalidad. De manera que no es una presencia trascendente de lo que se trata; sino de los dramas de la vinculación, la interacción, etc., etc.

El concepto clave para Laing va a ser el de “inseguridad ontológica”, como posición existencial primaria (véase las resonancias que el concepto tiene referido a toda la tradición clínica inglesa).



En el la, todas las circunstancias ordinarias de la vida constituyen amenazas insostenibles contra la propia existencia. Desaparece en la medida en que el niño va consiguiendo forjar su propia identidad, a la vez que adquiere conciencia de esa identidad propia frente a la de los otros. Si esto no se consigue, tres angustias básicas definirán esta posición de inseguridad

- ser tragado (la inseguridad comporta el riesgo de que ser atendido, amado, mirado puede suponer ser aniquilado completamente;
- implosión (el terror que puede aparecer ante cualquier experiencia del mundo; los otros, la realidad pueden en cualquier momento asumir el papel de perseguidores...);
- petrificación y despersonalización (el terror a convertirse en piedra, que se le niegue, que se le trate como a una cosa. La posibilidad de que los otros nos despersonalicen).

El individuo ontológicamente inseguro vive presa de un di lema básico: necesita de otras personas que son las que, en último término le proporcionan su existencia; pero teme a estas personas, ya que son, en definitiva, las que le quitan la existencia. Por tanto, para esquivar ese peligro y conjurarlo son necesarias la gran estrategia y el conjunto de tácticas que constituyen lo que llamamos “esquizofrenia”: tratar al otro como cosa, antes de que me cosifique a mí; despersonalizarlo, antes de que lo haga conmigo; o bien, y como recurso último, impedir incluso que tales peligros puedan producirse, para lo cual tendrá que hacerse el muerto...

Tal como indica Sedgwick (1973) una característica importante del Laing de esta primera fase consiste en que no trata los temas filosóficos sino con una dinámica sociomaterial. Define la ecología de la persona que sufre psicosis y, además, intenta que comprendamos el espacio donde tienen que situarse las fantasías psicóticas. Con el lo sigue una gran tradición: preocuparse por el vivido de la esquizofrenia, preocuparse por el sentido que de su enfermedad tiene el sujeto (preocupación que bastaría a Laing para que tengamos que situar lo en una línea de oposición “antipsiquiatra”).

Pero la preocupación por el vivido no entraña la aceptación de que el loco se encuentre inmerso en una experiencia “superior”. Esto es, negar la “enfermedad” (= como puro acontecimiento individual y orgánico) no supone afirmar la positividad de la psicosis o, para decir lo mejor, no tiene que suponer afirmar la positividad de esa condición. “Enfermedad”, punto de vista médico, y “Conflicto”, con todos sus índices estructurales, a lo que tiene que conducir es a una ruptura que tiene indicantes políticos, científicos e ideológicos (cosa que no ha ocurrido realmente con Laing). El sujeto que sufre psicosis “falla” productiva y creadoramente en el orden simbólico, en el ámbito de la interacción y de las relaciones interpersonales.

Negar la “enfermedad” no consiste en reivindicar una suerte de mística intrasubjetiva. Significa reconocer en el desequilibrio psicótico su carácter interpersonal, intersubjetivo, histórico, vincular, institucional, ideológico, económico. Y esto es lo que nos lleva a pensar que Laing no ha conseguido superar la ideología burguesa (= individualismo y “privacidad”) como aparece en su inconsecuente posición no desmedicalizadora (aunque parezca, por supuesto, que su recurso a otros profesionales indica otra cosa).



Tiene sentido, indiscutiblemente, el análisis del vivido de la experiencia, de la palabra y del delirio, por respecto a la interacción. Como lo tiene el hecho de remitir también esa experiencia a la relación consigo mismo en la persona sufriente. En efecto, Laing estudia inmediatamente qué relación establece consigo misma esa persona ontológicamente insegura; cómo “se organiza” internamente, cómo intenta enfrentarse a sus propias inseguridades.

Comprueba la escisión de que sufren: de una par te, su “yo encarnado”, su cuerpo, lo que desde el exterior es contemplado o afirmado como su “personalidad”. Pero, sin embargo, esta personalidad que los demás ven, no es sino lo que el los consideran todo el sistema de “falsos yo”, mediante los cuales pretenden ocultar su “verdadero yo”, como un “yo-no-encarnado”, como un “alma” divorciada del “cuerpo” y a éste como facticidad instrumental. Para Laing, desde este momento, la psicosis está presente, desde el momento en que el sujeto comienza a identificarse a sí mismo como exclusividad, como yo-noencarnado.

El cuerpo es vivido en una continua experiencia de trampa, de cansancio, de stress, fuera de la economía del deseo, sin satisfacciones ni frustraciones personales. El cuerpo como lo otro extraño, amenazante, como materia cadavérica. Se vivencia esa escisión, remitiendo la identificación al yo “auténtico”, al yo no encarnado, interior, inmerso en un mundo que nadie puede descubrir y ar rebatar. Pero un mundo amenazado, mutista, que no puede, en última instancia, compensar por el mundo compartido que se ha perdido.

El sujeto se aparta de los demás, elimina formas comunitarias de pensar y comunicarse, temas que intenta relegar a su falso yo. Hay, pues, una modificación autista del mundo, una modificación en la percepción del sí mismo, un abandono de las lógicas de la cultura. Aparece así como un espacio vital toda vía posible (= todavía falsamente posible), así como existe un posible resto de amor a sí mismo. Pero la pretensión omnipotente no es posible, falta la identidad, la autoestima, la relación creadora con los demás, falta la capacidad de transformación de la realidad. La regresión a la omnipotencia infantil, es muy breve respiro y el proyecto comienza a venirse abajo:

- caída en una desesperación continua, pues, en lo más profundo, comienza a sentir desesperanza ante la posibilidad de tal proyecto de autosuficiencia;
- nace un sentimiento persistente sobre la futilidad del vivir “mentalmente”;
- el aislamiento, el encierro en sí mismo potencia un empobrecimiento progresivo que se vivencia como sentimiento de vacío;
- la vivencia de omnipotencia es muy pronto substituida por un sentimiento de impotencia, de vacuidad, un sentimiento como de estar muer to por dentro;
- las distintas angustias se van vivenciando cada vez con más intensidad y son expresadas como miedo a ser - tragados, a la implosión, a perder la ya escasa autonomía interior, la libertad. El terror a la petrificación comienza su obra devastadora...





Es decir, la destrucción y la autodisolución del sujeto en la esquizofrenia ya no es la obra di recta del enemigo real o imaginario, sino que es la devastación causada por la misma organización defensiva que tuvo que darse para defenderse de ese enemigo.

De aquí se desprende un modelo todavía muy similar, aunque con características propias, de lo que podríamos llamar “síndrome” de la esquizofrenia. Representan una estructura de los factores del comportamiento y poseen significación en esa totalidad que es el individuo. Y aquí se impone la respuesta a dos objeciones planteadas por Sedgwick en el artículo citado. Contestación que, a la vez, marca nuestras distancias a Laing.

En De la Mata y Gil Ruiz (1982) se afirma rotundamente que una posición antipsiquiatra hay que leer la en el marco de una oposición al modelo médico organicista. No se niega la psicosis, sino la “enfermedad”: se afirma la existencia de un sistema subjetivo/personal de acción al que históricamente pueden caracterizar unos rasgos y cuya génesis está dependiente de una estructura social concreta y de una dinámica vincular constituyente, cuyos factores institucionales dependen de esa estructura social, pero cuya producción simbólico- imaginaria o de la necesidad y el deseo, tienen una tradición y mitología específicas, dentro del correspondiente plano histórico. No hay, pues, una negación del hecho individual de la psicosis, aunque lo que hay es una negación de la causalidad individual que pretende otorgársela. Hay negación, igualmente, respecto a la “incomprensibilidad” de los síntomas y una afirmación muy clara sobre la significatividad (= sentido) de las conductas, delirios y discurso de la persona que sufre psicosis. Pero esta significatividad no es tampoco un rasgo individual: en el contacto con el paciente y en la relación con la estructura/constelación familiar, código y estilo de esta interacción personal y subjetiva quedan de manifiesto.

De manera que, hablar de sociedades y familias esquizofrenizantes, no supone negar el hecho de la manifestación individual de la esquizofrenia, sino negar que tenga una causalidad estrictamente orgánica o individual.

Respecto a que esto quede claro o no en esta primera fase de Laing es algo perfectamente claro que no. Laing todavía está muy preso de la metodología descriptiva fenomenológica. Pero también está claro que el recurso a demostrar la importancia del vivido psicótico y su inteligibilidad le tenían que hacer insistir en este punto. De otra par te, lo importante de esa descripción hay que poner lo en relación con la experiencia: la fantasía no representa una producción “mental” pura, sino la organización imaginaria con la que un sujeto “se dice” y dice a los demás su contacto y relaciones consigo mismo, con el mundo y con los otros.

En segundo lugar, hay una confusión notable en Laing y Sedgwick en las afirmaciones de uno y otro, el primero en el prólogo a la edición popular de su “Yo dividido” y el segundo comentando estas afirmaciones. Laing piensa que describir la condición existencial que es la esquizofrenia en términos de una ecología sociofamiliar es arriesgarse a cosificar esa condición y, por lo tanto, a negar su sentido como “proyecto” vital que un sujeto asume. Sedgwick recoge estas palabras, precisamente para confirmar su visión de la esquizofrenia como situación individual, de raigambre mental.

Hay que repetir que la búsqueda en la esquizofrenia de un “síndrome” de existencia individual no



tiene gran interés porque, de nuevo, estaríamos cayendo en la trampa de Dilthey o de Jaspers, cuando se preocupaban de un estatuto puramente ideográfico para las “CC. del espíritu”. Porque el problema no consiste aquí en el registro de un caso único e irrepetible (en cuyo caso, evidentemente, sólo podría recogerse un testimonio literario, místico... de esa individualidad irrepetible). Al contrario, se trata de partir de situaciones y procesos estructurales que producen su efecto en la singularidad de una nueva organización.

Un “cierto tipo de existencia esquizoide”, como dice Laing, sólo puede mantenerse desde los supuestos más metafísicos de la fenomenología y del existencialismo. Y esto se ve en la misma trayectoria teórica de Laing, pues en la 2ª fase no tiene otro recurso que acudir a procedimientos que le permitan comprender esa red intrincada que fuerza, con su propia legalidad vincular, la estructura del sistema esquizofrénico.

## **b) La 2ª fase de Laing. El enfoque interpersonal**

La “Crítica de la Razón dialéctica” (1960) supone un importante punto de reflexión y síntesis en la obra de Sartre, así como un importante foco de influencia intelectual. Por esa época, Laing y sus colaboradores estaban trabajando en el Instituto Tavistock, en una investigación sobre las relaciones intrafamiliares y sus efectos sobre las relaciones interpersonales, tanto de personas que sufrían esquizofrenia como de individuos “normales”.

Es en este momento cuando inicia sus colaboraciones con Esterson y Cooper. Con el primero realiza en 1958 una primera colaboración (versaba sobre “colusión”, como relación entre dos personas que entraña consecuencias lesivas para un tercero; lo que más tradicionalmente se consideraba como el tema del “chivo emisario”) que llega a su culminación con el texto de 1964, “Cordura, locura y familia”. Con Cooper, la más importante colaboración se realiza en 1964, “Reason and Violence: A Decade of Sartre’s Philosophy”.

Cómo se constituyen los grupos, cuáles son los patrones comunicacionales dominantes en las familias, qué tipo de interdependencia existe entre las visiones que se tienen de los demás, las que los demás tienen de uno mismo y nuestra propia autovisión. De esta época son los trabajos “The self and the others” (1961), “Series and Nexus in the Family” (1962), en la comunicación y la interacción familiares tienen un tratamiento fundamental.

En esta fase se conjugan las influencias sartrianas con las investigaciones que tienen lugar en Palo Alto (California). De este último lugar, el trabajo del equipo de Bateson más las investigaciones de Lidz y Wynne tienen una profunda influencia en Laing. Precipitan sus ideas sobre la influencia etiológica de las familias en la esquizofrenia y le orientan superiormente en la necesidad de buscar en las peculiaridades del discurso y la comunicación psicóticas del estilo familiar dominante.

La visión crítica de Sartre, su pesimismo respecto de las formas cómo los humanos tienen que realizar su elección personal, frecuentemente a cuenta de los demás, la imposibilidad de concebir



una subjetividad omnipotente, así como las categorías grupales empleadas por este autor, tendrán una profunda importancia en los trabajos de Laing. Así, los conceptos de “series” y “nexus”, nociones grupales que serán utilizadas por Laing en la conceptualización de las redes familiares (una visión acaso más interesante es la que realiza Stierlin, o.c.). Así, las series recubren conceptualmente esas familias en las que las implicaciones subjetivas son mínimas, pero grande el temor al escándalo o el nexo, donde la familia está interrelacionada por la ansiedad, el miedo a la culpa, el sometimiento al chantaje del terror, etc.

En “The Self and the others” el recurso a la patología de la comunicación es ya un hecho. El proceso de los intercambios comunicacionales no afecta sólo a la información, sino que más profundamente se refieren a la relación y al control. Bateson y Jackson, entre otros, (1956), han inaugurado esta vía, distinguiendo entre información y relación, entre comunicación y metacomunicación. Estos temas y, sobre todo, el concepto de doble vínculo, como patrón comunicacional productor de esquizofrenia producen una gran impresión en Laing (puede verse en el capítulo dedicado a la comunicación patológica una descripción del doble vínculo).

Como así mismo demostrará la obra escrita con Phillipson y Lee (1966), si “el Yo dividido” representa una centración en el paciente que sufre psicosis, esta 2ª fase representa la consideración excéntrica de éste. Un intento de comprensión de la personalidad como sistema relacional y de la dinámica grupal que puede conducir a los individuos a la locura, es el gran tema de este periodo de la obra de Laing.

¿Se produce en esta 2ª fase, como se ha dicho, la eliminación del síntoma? ¿Queda sólo la praxis social, lo que supondría la transición del modelo fenomenológico a un modelo sociológico? No lo creemos así: se muestra, simplemente, que las acciones y el discurso psicótico cobran “realidad” e inteligibilidad en cuanto se aporta el contexto familiar en el que se han generado y en el que cumplen una economía determinada. La familia vinculada de Laing tiene demasiadas grietas; pero no cabe la menor duda de que contribuye a mostrarnos un factor de la mayor importancia en la causalidad de la locura.

Stierlin también ha destacado esta importancia del vínculo, que no sólo es el terror, sino que es toda implicación donde la dependencia y la confirmación/desconfirmación segreguen relaciones asimétricas. Relaciones que afectan desde el orden de los afectos al de los ideales, pasando por las cogniciones... Laing crítica la economía, ética y mitología de una familia bien determinada. No comprende bien la historia y, en muchas ocasiones, ni siquiera es capaz de trascender un esquema de aprendizaje a la hora de considerar el sentido de los vínculos. Pero tiene razón en afirmar que, aún en toda familia “normal”, hay relaciones, valores, funciones que llevan, al menos en esta sociedad, la semilla patológica de la locura.

Sin embargo, Laing no escapa al positivismo (ya hemos indicado que la ideología dominante admite en su seno la contradictoriedad positivismo/ idealismo). No ve en el vínculo sino una relación interpersonal, institucional, sin duda. Pero lo que hace eficaz al vínculo es su dimensión “intrasubjetiva”, su carácter de esquema dinámico de la acción. Laing, que respecto del self mantiene una oscura postura irracionalista, que no acude al concepto de subjetividad, en el tema del vínculo tiene que adoptar una postura de comprensión neoconductual del vínculo (en línea teórica con los



trabajos de Palo Alto). Pero, por supuesto, la gravedad del vínculo no está en su exterioridad, sino en su “interioridad”, en cuanto ley de estructuración conductual.

Esto tiene otra derivación, como un equívoco que par te de Laing y Esterson y que a Sedgwick le sirve como elemento crítico: la existencia de leyes estructurales de interacción en las familias no significa que la conducta esquizofrénica tenga que ser considerada desde una posición reactiva. Por distintas razones (que éstas sí que responden a los datos que concurren en cada peculiar proceso psicogenético), la estructura patogénica de una familia se “convierte” en la patología de un sujeto sin guiar. El individuo entonces no es que reaccione patológicamente ante el patrón patológico de interacción familiar, sino que su estructura subjetiva, psico y sociogenéticamente determinada responde desde la dependencia e inseguridad respecto de los terceros importantes de su familia, induciendo un estilo que reproduce ante toda situación conflictiva, familiar o no.

### c) La 3ª fase de Laing. El camino místico

Desde 1967 (“The politics of experience and the Bird of Paradise”), la comprensión de Laing se instala en otro espacio. Si el primero fue el del espacio vivencial del loco y el segundo se refirió al espacio social, en este tercero el espacio será propiamente el de una experiencia para o transpsicológica.

Y efectivamente, la esquizofrenia ya no es un existir desgraciado ni una pauta de reacción a una situación intolerable, si no que se trata de una vía o una experiencia de salud (en el caso de Mary Barnes hay muchos elementos que nos permiten comprender este concepto de la psicosis como vía de salud). Antes de seguir adelante conviene ya decir que hay dos componentes no explícitos, pero que funcionan con al ta potencialidad en esta 3ª fase.

Uno sería el componente de “curación”, la preocupación de salud que es la única que puede contribuir a establecer una relación terapéutica clarificada. Y otro, es el concepto de “yo” o self que se manifiesta. Qué sea la salud tiene repercusiones en la comprensión de su pérdida y, naturalmente, en el planteamiento de la relación terapéutica (constante ésta que se evidencia en toda la obra de Freud): que Laing vea en la esquizofrenia una posibilidad de “renacimiento existencial”, no es ajeno al hecho mismo de que la relación terapéutica tenga que plantearse como una especie de “guía espiritual” o de rito de iniciación, mediante el cual el gurú va determinando los pasos del neófito.

Que la experiencia de Kingsley Hall (fundada en 1965) tiene una comprensibilidad superior a la que pretende Laing es algo evidente desde el momento en que se comprende la trayectoria reformista de la psiquiatría inglesa y que, además, tiene antecedentes inequívocos en el maestro de Laing, Winnicott. Que no podía responder a las pretensiones últimas de Laing se advierte, no sólo en el fracaso de la comunidad, sino en su renacimiento como “centro de crisis” (ver Gil Ruiz 1981). Que se advierta el profundo silencio de Cooper respecto de esta 3ª fase y se comprobará hasta qué punto tenemos razón en afirmar que la primitiva oposición anti -psiquiátrica no fue verdaderamente acompañada de un cambio político e ideológico radical.



Pero aquí también se manifiestan aspectos que pertenecen a la formación filosófica de Laing. Y así su Yo no deja de tener concomitancias más o menos explícitas con la conciencia fenomenológica. A riesgo de que se nos mal interprete, el concepto evolucionista de Yo tiene su complemento en este otro Yo casi, casi de naturaleza trascendental. Toda referencia a una identidad, a una autenticidad “ íntimas” no asume el problema de la constitución intersubjetiva del self o de la subjetividad. El Yo aparece como un absoluto que saca fuerzas, identidad, libertad de sí mismo. Parece como si la historia le fuera exterior y obtuviera una identidad que se explicaría desde factores que tendrían que ver con los procesos de emergencia de lo vivo pero, en absoluto, con las características de su propio proceso psicogenético de constitución.

Que la locura es una acusación contra el orden social existente no ahorra la necesidad de la explicación psicogenética. Y tanto más válida será esa imputación al orden dominante cuanto más intervenga el orden histórico en la realización del Yo.

Esto es, la principal crítica que se puede realizar contra este tercer modelo es su origen filosófico no criticado que lleva a una posición dialéctica. Precisamente, el gran escándalo de Freud en la “Introducción al narcisismo” fue su comprensión “imaginante” y no biológica de la constitución del yo. Y este escándalo representa una de las principales aportaciones de la Psico(pato)logía contemporánea.

Sobre este punto nos hemos extendido en el apartado anterior. Queda muy poco que decir, como no sea, entre otras cosas que es ésta la fase más contestada en la obra de Laing. Que no le faltan recursos incluso de comparación religiosa, llegando hasta comparar la función del médico con la del sacerdote (posición que Castel ha demostrado que está en el origen de la medicina y que se instala como parte del prestigio del psiquiatra, entre otras cosas, guardador o representante del orden moral quebrantado por la locura.

De su propia posición política, ha quedado muy claro, en los últimos años, su activo empeño no sólo por destacarse o diferenciarse respecto de las posiciones mantenidas por Cooper.

En el resto, pensamos que las 1ª y 2ª fases de Laing presentan importantes aportaciones de aspectos fundamentales en la comprensión de la esquizofrenia. Insuficientes, sin duda, puesto que, si su descriptiva vivencial está llena de sensibilidad para con el paciente, así como sus expresiones sobre el conflicto familiar representan, en muchas ocasiones, brillantes muestras de vinculación patológica, pensamos que falta un consecuente esfuerzo por integrar una teoría explicativa del universo al que se acerca (véase “Percepción interpersonal” o “Nudos” y se comprobará esa riqueza de muestras que atienden a manifestar los complejos problemas de la construcción imaginario/simbólica del self).

Hemos creído necesario consagrar este gran espacio de exposición a Laing; cuando menos, muchos de sus planteamientos están presentes en planteamientos de los que se consideran antipsiquiatrías. En el Estado Español también, aunque los resultados no sean los más brillantes...

***Teresa Gil Ruiz / José Luis de la Mata***  
*Madrid, 1982*



## Indice

<b>1. La tradición psiquiátrica inglesa</b> .....	1
<b>2. Epidemiología y Psiquiatría Social</b> .....	2
<b>3. Comunicación y Teoría del Doble Vínculo</b> .....	4
<b>4. Maxwell Jones y el origen de las Comunidades Terapéuticas</b> .....	5
<b>5. Crítica al reformismo de M. Jones: una ideología de la adaptación</b> .....	7
<b>6. La renovación en Francia</b> .....	8
<b>7. Laing y las nuevas propuestas comunitarias</b> .....	9
<b>8. Crítica de la obra de Laing</b> .....	11
<b>a) La primera etapa y el “Yo dividido”</b> .....	12
<b>b) La 2ª fase de Laing. El enfoque interpersonal</b> .....	17
<b>c) La 3ª fase de Laing. El camino místico</b> .....	19