

ENTREVISTA A JORGE L. TIZÓN (I)

TdP



Al equipo de TEMAS DE PSICOANÁLISIS nos hacía ilusión ofrecer una entrevista con el Dr. Jorge Tizón en la que se pudieran tratar in extenso temas tan actuales e importantes como la situación actual de la Psicopatología y del Psicoanálisis, los problemas planteados hoy a la asistencia pública, revisando también su rica, productiva y versátil trayectoria personal. Gracias a la generosidad de Jorge Tizón podemos ofrecer esta extensa entrevista.

Trayectoria personal

Temas de Psicoanálisis: ¿Quién es Jorge L. Tizón como persona?

Jorge L. Tizón: Llevo más de sesenta años dándole vueltas al tema y aún no estoy seguro. Ni siquiera con mi psicoanálisis por medio. Vosotros ¿qué pensáis? Pero tal vez dejemos

que el lector se haga una idea si lee la entrevista.

TdP: ¿Qué destacarías de tu trayectoria vital para comprender al profesional que has llegado a ser?

Jorge L. Tizón: Creo que lo que más me ha ayudado es una familia que me inculcó intereses muy variados, hábitos de trabajo, respeto y cariño por los diferentes, por la especie humana y por la solidaridad. Tanto en la familia de la que procedo como en la familia que he tenido la fortuna de formar. A todo ello ha contribuido también mucho el que la vida me ha llevado a tratar con ambientes, personas y situaciones muy diferentes: Antes de “marginarme” como psiquiatra y psicoanalista, he trabajado en casi todos los oficios del gremio de “restauración, hostelería y similares”, como profesor de biología en colegios del bachillerato “de antes”, como profesor de piano, como médico de cabecera... Y luego, el desarrollo de mi profesión y de mi afición a los viajes (una tradición familiar de al menos cinco generaciones), me ha permitido el contacto y el trabajo en colaboración tanto con profesionales como con gentes del pueblo de varios países y continentes...

TdP: Además de psicoanalista, eres médico, psiquiatra y neurólogo, y psicólogo. ¿Qué te llevó a la elección de estas carreras?

Jorge L. Tizón: En cuanto comencé Medicina me dí cuenta de mi interés, al menos consciente, por la comunicación profesor-alumno y médico-paciente; en general, por la comunicación interhumana. Creo que a ello, al menos a nivel consciente y de aprendizaje en la comunicación, me ayudó mi temprana pertenencia a un Cine Club que luego ha resultado tan relevante en la historia de la cultura hispánica como el Cine Club de la Universidad de Salamanca, dirigido por Basilio Martín Patino, un reducto de libertad de pensamiento y libertad de palabra en la España de los primeros sesenta. Enseguida entré como asistente en mi primer Hospital Psiquiátrico. Además, mi relación con Enrique Freijo Balsebre, a la sazón profesor encargado de Psicología médica en la Facultad de

Medicina, me ayudó a interesarme aún más por ese campo.



Con familia campesina vietnamita



Ante Itaca



Con M, tuareg

Como consecuencia, cuando Enrique Freijo fundó la Escuela de Psicología de la Universidad Pontificia de la Universidad de Salamanca, recién acabado mi segundo curso de la carrera de Medicina y encarando ya la recta final de los estudios de música, me inscribí en el curso inaugural de dicha escuela, junto con Diego Gracia y otros varios compañeros que luego llegarían a ser catedráticos de Psicología o de otras materias conexas en diversas facultades; no como yo, que no he acabado de adaptarme nunca a la vida universitaria a nivel de profesionalización. Al año siguiente, ambos éramos ya auxiliares del Director de la Escuela e impartíamos clases (y hasta realizábamos exámenes orales) de la asignatura de Psicología Médica de la carrera de Medicina durante varios años. Más tarde, también en la propia Escuela Superior de Psicología de la Universidad Pontificia, hoy Facultad de Psicología. En aquellos años de escasez de pensamiento y libertad, interesarse por algo y dedicarle un tiempo y un esfuerzo podía tener esos rápidos resultados. Después, por motivos tanto científicos como sociales y políticos, me trasladé a Barcelona, donde comencé la especialidad de Psiquiatría en la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, al tiempo que trabajaba en los sótanos del Hospital Clínico bajo la

dirección de Santiago Montserrat Esteve, uno de los antiguos directivos de la Psiquiatría de la República en Catalunya. Trabajaba ya allí un espléndido grupo de inquietos profesionales entre los que estaban el Dr. Jorge Wulff, la Sra Marichu Eguillor, el Dr. J. Porta, el Dr. Vallejo, el Dr. Sánchez Planell, el Dr. Romeu, el Dr Costa Molinari, el Dr Ballús, el Dr. Pascual... Pronto se nos uniría el Sr. Enrique de la Lama.

Había conseguido un trabajo como Psiquiatra Residente en el Instituto de la Santa Cruz del Hospital de Sant Pau de Barcelona a los siete días de haber inmigrado a Catalunya. Necesitaba cubrir mis necesidades económicas –tanto mis estudios de bachillerato como las tres carreras universitarias las había realizado con becas, nacionales o internacionales– y, por eso, la mejor vía era trabajar y formarme en un Hospital Psiquiátrico. Además, era la única forma de hacer psiquiatría en esa época. Pero también quería trabajar en el Dispensario del Dr. Montserrat y realizar los cursos de la escuela profesional. Por eso, al poco tiempo pasé a trabajar en el Instituto Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat, de Sant Boi de Llobregat o “Vilaboi del Llobregat” (el conocido “Sant Boi”). Allí trabajé dos años que me proporcionaron una estabilidad económica y profesional y me permitieron formarme en psiquiatría tanto en el propio hospital como en el Dispensario del Dr. Montserrat Esteve, así como con viajes e intercambios con el Dr. Castilla del Pino y en la Escuela Profesional de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona, donde por entonces impartían clases o seminarios los doctores Bofill, Folch, Feduchi, Pérez Sánchez, Corderch... Pero inesperadamente para mí, y a pesar de las promesas y aseveraciones que se me habían hecho, en febrero del 1971 la propiedad del Hospital, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, me comunicó que no proseguiría en mi puesto de trabajo. No hubo explicaciones, pero la decisión probablemente se debió a mi participación como delegado sindical en la primera huelga que se hizo en la Institución, al menos en la postguerra, una huelga en la que se combinaron motivos estrictamente laborales, intentos de transformación del hospital en el sentido de la llamada “reforma psiquiátrica”, y la solidaridad con los profesionales de la salud mental que habían sido despedidos recientemente en varios hospitales psiquiátricos o manicomios del país.

No corrían buenos tiempos para el pensamiento libre y, como consecuencia, no tenía forma de conseguir entrar en las instituciones psiquiátricas a las que postulaba.

Aunque no abiertamente, las “listas negras” excluyentes funcionaban también en nuestras instituciones psiquiátricas, como en otros muchos ámbitos laborales. Algunas incluso me seleccionaban, dados mis expedientes académicos y trabajos, pero luego declinaban el contratarme. En una ocasión, un viernes por la noche recibí la atribulada llamada de un compañero psiquiatra, director de un respetable Centro Psiquiátrico, donde había sido seleccionado para ser contratado, que me decía: “mira Jorge, no puedes comenzar el lunes, como te había dicho... No me dejan. No te puedo decir más, pero no puede ser... Lo siento mucho”. Y eso, idos días antes! Muchos de mis compañeros y amigos despedidos de Oviedo, Conxo, y luego de Albacete, ya habían tenido que emigrar a Suiza, Francia, o incluso a ultramar... Pero yo tenía motivos políticos y sentimentales para quedarme aquí. Como decía Espriu, en un poema y una canción que repetía mucho en aquellos días (y hoy también)... “car sóc també molt covard i salvatge,/ i estimo a més amb un desesperat dolor/aquesta meva pobra,/bruta, trista, dissortada patria”¹. Y me quedé. Contaba para subsistir con una “beca de investigación y formación de profesorado” que había ganado en la primera convocatoria de las mismas, pero tuve que renunciar a ella porque el director académico intentaba dedicar parte de los fondos a un tema que no tenía interés para mí y en el que yo no creía. Total, que tuve que tomar urgentes decisiones: me presenté a una plaza de Médico de Cabecera del Instituto Nacional de Previsión, el futuro ICS y, dado que siempre me ha gustado enormemente la relación médico-paciente, comencé a trabajar como tal... y seguí durante seis años. En realidad, hoy podría tener también el título de médico de familia. Fue mi primer, nuestro primer respiro económico, con el que compré la primera americana. Pero evidentemente, si no hacías “iguales” o “tarugo” (componendas corruptas con la industria), aquello no daba para vivir (y, menos, para un psicoanálisis que comenzaría enseguida). Así que me presenté a una selección para trabajar en una empresa farmacéutica nacional, filial de una de las multinacionales más potentes del sector, que iba a comenzar su línea de “fármacos del sistema nervioso central”. Trabajé con ella como “asesor científico” durante dos años y eso me dió otra vez la estabilidad suficiente como

¹ “...pues yo también soy muy cobarde y salvaje, / y además, amo con un dolor desesperado/ esta pobre/, sucia, triste y desafortunada paria mía”.

para intentar volver a la Psiquiatría (ya trabajaba en Psicoterapia), pero por la vía indirecta: ganando una plaza como neuropsiquiatra de zona, unas plazas en las cuales, durante tiempo de dos horas, se visitaba a 30, 40 o más pacientes con todo tipo de padecimientos neurológicos o psiquiátricos. Como mi formación neurológica dejaba mucho que desear, asistí frecuentemente a las sesiones del Servicio de Neurología del Hospital de Sant Pau, dirigido por el Profesor Lluís Barraquer, con el cual, además, me unió una relación profesional y amistosa, y al que siempre le consulté por los pacientes o temas neurológicos que me superaban. Siempre me ayudó con todo desinterés y sabiduría, con lo que empecé a desempeñarme bastante bien en temas como demencias, epilepsia (un diagnóstico entonces enormemente frecuente), parálisis faciales, parálisis cerebral, etc. Lo más frecuente y florido de la “neurología para pobres” de aquellas épocas. De ahí viene mi título de neurología. Por entonces, habiendo comenzado en el 1970 a trabajar como psicoterapeuta, empecé mi psicoanálisis personal, algo que siempre agradeceré al Dr. Luis Martínez-Feduchi. De ahí viene mi formación como psicoanalista, de la que seguro que después me preguntaréis más cosas.

TdP: Conociste y colaboraste con Carlos Castilla del Pino. ¿Nos puedes explicar cómo fue tu experiencia con él? ¿Cómo valoras su obra en sus diferentes etapas?

Jorge L. Tizón: Mis primeras colaboraciones con Carlos Castilla, en realidad, eran fundamentalmente socio-políticas. Carlos ejercía entonces un importante papel de dinamizador cultural, divulgador y transmisor de inquietudes sobre temas prohibidos, tales como el marxismo y el Psicoanálisis, y creo que mis primeros contactos con él fueron en tanto que representante estudiantil, para “contratarle” en diversos viajes y conferencias. Al tiempo, comencé a estudiar su obra. Pronto nos unió una comprensión teórica y técnica mutua, aunque “de abajo a arriba”, claro está, y yo apreciaba el respeto con el que me trataba y me ha tratado siempre. Al terminar la carrera, intenté ir a trabajar con él al Dispensario de Psiquiatría de Córdoba, del cual me abrió las puertas en repetidas ocasiones y, entre otras, en el 68 y 69. Pero no tenía posibilidad de pagar a sus colaboradores (algo que luego me volvió a ocurrir a mí mismo en los inicios de los equipos

de Neuropsiquiatría y Equipos Psicosociales que fundé junto con otros compañeros en Catalunya más adelante). Por ello, no pude quedarme a trabajar en el Dispensario y comenzamos una relación a distancia –que durante años fue demasiado a distancia, tanto para mis sentimientos como para los suyos–. Una colaboración que ha seguido hasta su muerte y que aún hoy continúo con su Fundación, de cuyo Patronato soy miembro.

Yo creo que la psiquiatría y la cultura española le deben mucho a Carlos Castilla y que los intentos de enterrar y olvidar su influencia nacen por un lado de los intereses políticos y sociales de aquéllos que siempre han dominado nuestra vida social y cultural, salvo en períodos muy concretos –como la segunda República española y la así llamada “transición democrática”–. Pero también, por otro lado, de nuestra tradicional “envidia española”, que incluso Borges caricaturizó. La labor de Carlos Castilla como propagador de un pensamiento más libre y una cierta perspectiva del socialismo y del marxismo, fue impagable en aquella época, le trajo no pocos riesgos, que él afrontaba con valentía e incluso cierto humor.

En cuanto a su obra psiquiátrica, así, en una entrevista, a “bote pronto”, yo diría que tiene varios períodos bien delimitables: el primer periodo, muy marcado por el freudomarxismo y una perspectiva sociológica de la Psicología y la Psiquiatría, ha tenido repercusiones culturales y abrió a otro tipo de Psiquiatría la mente de muchos de nosotros (*Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación, La incomunicación...*). Después, su perspectiva social y psicosocial de la Psiquiatría no debería olvidarse en años. Como ejemplo, bien vale su libro, reeditado en numerosas ocasiones, *Un estudio sobre la depresión*. O los dedicados a *La culpa* o el delirio (*El delirio, un error necesario*, todavía tan avanzado y actual). Más tarde pudo atender más directamente al deseo de progreso técnico y teórico que siempre le animó, y que me consta que había tenido que sacrificar, con disgusto por su parte, por su papel como divulgador y, en cierta forma, “agitador”. Se lanzó entonces a trabajar en su perspectiva comunicacional y hermenéutica de la Psiquiatría y la Psicología. Es la época de sus obras y trabajos sobre “hermenéutica del lenguaje” y “hermenéutica de la comunicación asistencial”. Pero una hermenéutica con aspiraciones científicas, o, al menos, tecnológicas, y no una hermenéutica “interpretativa” y literaria. En el último periodo de su obra, muy dedicado a los sentimientos y emociones

humanos, retomó una orientación en la que nuevamente, y a distancia (ahora ya geográfica y teórica), volveríamos a coincidir: en el estudio de la emoción y el sentimiento como algo básico para la vida humana y el componente fundamental de la psicopatología (y, como yo pienso, también de la Psicoterapia). En conjunto, creo que Carlos Castilla ha sido el mejor autor de Psiquiatría que hemos tenido en nuestros lares y un gran divulgador y animador cultural. Desgraciadamente, en aquellos años se necesitaba mucho empeño y tesón para lograrlo, y más “desde provincias”. En consecuencia, su vida afectiva y personal se resintió demasiado de ello.



Con Berrios, Castilla del Pino y Bulbena

Psicoanálisis

TdP: ¿Nos podrías hablar sobre cómo empezaste a interesarte por el Psicoanálisis?

Jorge L. Tizón: Algo he dicho anteriormente: mi primer introductor al Psicoanálisis fue el primer profesor, maestro y amigo profesional que tuve: El Dr. Freijo Balsebre... Estamos hablando de Salamanca, Madrid y Euzkadi de 1964 a 1969. Después, Carlos Castilla y su obra, con más influencias sociopolíticas y menos influencias religiosas, profundizaron mi

interés. Pero fue sobre todo en Barcelona, tras renunciar a una plaza que el profesor Rodríguez Delgado me había ofrecido en Yale para trabajar en estereotaxis neurológica, fue en Barcelona donde por fin pude entrar en contacto con la clínica psicoanalítica, ejercida y explicada con una finura y profundidad tal por los doctores Bofill, Folch, Calvo, Feduchi, Coderch y otros, que, por comparación con otras orientaciones entonces dominantes en la Psiquiatría española, acabó por decidirme. Para mí, era la clínica más cuidadosa con la comunicación y con los sentimientos y valores de los consultantes, más democrática, defendida, además, por personas con hábitos democráticos, y, por otro lado, más profunda y más arduamente teóricamente. En definitiva, un conjunto de elementos que no podía por menos de cautivarme, por mucho que, como siempre me ha pasado, ya entonces estuviera muy interesado por los desarrollos técnicos de la Neurología, la Psicología y la Psiquiatría: de ahí mi trabajo en estereotaxis, mi interés por la “psicocibernética” y la teoría general de sistemas, mi trabajo en el dispensario del Dr. Montseerat Esteve, con una orientación cibernética y biológica sería –que no biológica–, los trabajos sobre la realización de historias clínicas y la informatización de las mismas, etc.

TdP: ¿Cómo recuerdas tu periodo de formación en el Instituto de Psicoanálisis de Barcelona, de la Sociedad Española de Psicoanálisis?

Jorge L. Tizón: Como un periodo de excesivo trabajo y compromiso, pero también como un apasionante periodo durante el cual pude entrar en contacto directo y continuado con aquellos profesores y maestros que, previamente, me habían llamado ya la atención por sus capacidades clínicas y por sus cualidades técnicas y humanas. En particular, creo que para mí fue una suerte que los principales maestros y supervisores que tuve fueran el Dr. Bofill, el Dr. Calvo, el Dr. Folch, la Dra. Corominas, la Dra. E. Torras, el Dr. Pérez-Sánchez y, por supuesto, el Dr. Luis Martínez-Feduchi.

TdP: En la actualidad, y desde hace años, eres docente del Instituto de Psicoanálisis de Barcelona. ¿Qué opinión tienes sobre la formación que se ofrece actualmente en los institutos de Psicoanálisis?



Una conferencia insólita...

Jorge L. Tizón: Fruto de esa experiencia personal de la que os hablaba y, sobre todo, de la observación de promociones y promociones de candidatos a psicoanalistas, con los que realizo seminarios desde los años ochenta (*Introducción a la psicopatología psicoanalítica, Observación de bebés y Técnica psicoanalítica*, entre otros), creo es mi idea actual sobre el tema: estamos obligados a realizar importantes reformas en la formación de psicoanalistas y de maestros o tutores de psicoanalistas. Nuestra formación, por un lado, es excesivamente larga y costosa mientras que, por otro, está poco actualizada y, a veces, es poco rigurosa. Es mucho más clínica, posiblemente, que cualquier otra formación reglada en Psico(pato)logía y Psicoterapia, pero está poco abierta a la innovación. El conjunto a veces lo sentimos como un duro armatoste a menudo desalentador, y puede derivar hacia una organización bastante similar a los gremios medievales (con sus maestros, aprendices y meritorios), con largos y costosos periodos formativos, excesiva jerarquización y exceso de trabas a la creatividad personal... Un conjunto que hemos de modificar urgentemente si queremos que el Psicoanálisis, o, en

general, una *Psicoterapia basada en la relación*, puedan tener un futuro; si queremos seguir defendiendo “el porvenir de una ilusión”. Es un conjunto difícil de cambiar, pero creo que hemos de hacerlo con urgencia. Y para ello, creo que las vías son aumentar la democracia interna, disminuir la jerarquización en nuestras sociedades e institutos, confiar más en la creatividad personal y la corrección social de las desviaciones más que en el control y el seguidismo, hacer menos dependiente la formación del análisis personal y de los analistas “didácticos”, estimular la creatividad, los planteamientos divergentes, el contacto con otras disciplinas y paradigmas...

TdP: ¿Qué autores y qué marcos teóricos consideras que han influido más en tu formación y en tu práctica como psicoanalista? ¿A quiénes consideras tus maestros?

Jorge L. Tizón: Os he explicitado, nobleza obliga, mis maestros del país. Y no es por casualidad: La formación en Medicina, Psicología y Psicoterapia sigue hoy unos rumbos a mi entender equivocados, donde se valoran más los estudios empíricos, a ser posible anglosajones, que la capacidad del profesor para orientar y trasladar sus perspectiva a los alumnos; donde lo emocional se desprecia por la acumulación de datos, estudios, informaciones, evidencias... Desde el punto de vista científico, desde el punto de vista de lo que sabemos sobre la psicología y psicodinamia del aprendizaje, todo eso es una barbaridad anticientífica... pero es la orientación defendida y difundida mayoritariamente aún en nuestras facultades de Medicina y de Psicología. Están enseñando ciencias y técnicas... pero con métodos anticientíficos y técnicas atrasadísimas, que desprecian lo emocional, lo grupal, el trabajo en grupos, la importancia de los pares y la relación con ellos... La formación psicoanalítica, ya desde el “programa tripartito” de Eitingon y Freud (análisis personal o “análisis didáctico”, práctica supervisada y cursos y seminarios), al que habría que añadir formación en investigación científica, ha sido un gran y temprano invento, que los descubrimientos científicos sobre el aprendizaje y la formación continuada podrían haber apoyado, pero que los psicoanalistas, entre palabrería, dogmatismos e instituciones envejecidas no hemos sabido defender y difundir... Por ejemplo: ¿Cuál es la mejor selección de los futuros médicos? ¿O no hay que realizar ninguna selección, como

hasta ahora, de forma que la selección la realizan las capacidades memorísticas y el dinero? Pues probablemente, la mejor forma de selección partiría de la introducción de procesos grupales en la formación inicial, es decir, de grupos sobre los duelos, de grupos focalizados en las enfermedades familiares y sociales, ya desde los primeros años de la carrera. Procuraría oportunidades para una “autoselección” de los postulantes, probablemente la forma más efectiva y democrática de selección, como defiende en un libro de próxima aparición, acerca de la formación en ciencias de la salud. Esos mismos elementos, potenciados por el análisis personal y otros elementos específicos, creo que deberían emplearse en la preselección y autoselección de psicoanalistas y psicoterapeutas. En este sentido, entre los maestros externos a nuestra sociedad que puedo mencionar en una entrevista, rápidamente, querría citar a Herbert Rosenfeld, a quien tuve oportunidad de conocer, y a los esposos Brenman, con quienes supervisé en Londres y otros lugares y que me volvieron a impresionar por sus capacidades y finura clínica y en la observación de bebés. Más tarde aprendí mucho de algunos psicoanalistas nórdicos, especializados en la Psicoterapia de las psicosis, tales como Alanen y Aaltonen, con quienes he colaborado estrechamente y me une una buena amistad; también, de las aportaciones en neuropsicoanálisis de Brian Koehler; de Vamik Volkan, sobre todo en el tema del self psicótico infantil... Personajes a quienes no he conocido, pero creo que me han influenciado profundamente a nivel teórico han sido, desde luego, Melania Klein y Esther Bick, Donald Winnicott, Erik H. Erikson, John Bowlby, Michael Balint, Wilfred Bion, Donald Meltzer y, seguramente otros muchos que así, en un repaso rápido, no puedo recordar.



Con Bent Rosenbaum y Jukka Aaltonen

TdP: ¿Ha habido una evolución significativa en tus planteamientos teóricos y técnicos psicoanalíticos? ¿Nos podrías señalar los hitos más significativos de tu evolución?

Jorge L. Tizón: Creo que sí... Y malo sería para mí y para la disciplina de la que hablábamos que no hubiera cambiado nada, incluso en temas fundamentales, a lo largo de 50 años de vinculación estrecha con el Psicoanálisis. Me es muy difícil resumir aquí mis cambios teóricos y técnicos, que, por una parte, están expuestos en mis libros y artículos más psicoanalíticos y psicoterapéuticos, o en las obras que tengo en preparación. Por otra parte, estoy seguro de que algunos de mis lectores son más perspicaces que yo en esa búsqueda. A menudo me lo han demostrado.

Hoy, en esta entrevista, y con las limitaciones de tiempo y memoria para mi contestación, a nivel técnico creo que propongo cambios importantes en la diferenciación

entre el *Psicoanálisis* como técnica, que para mí es *una forma de Psicoterapia* con unas indicaciones y formas específicas, y la Psicoterapia psicoanalítica... Cada vez creo más que son dos indicaciones diferenciadas y que la Psicoterapia psicoanalítica ha de tener su propia técnica e indicaciones, diferentes del Psicoanálisis. En ese sentido, cada vez creo más que debemos formarnos y formar para Psicoterapias breves, de menos de un año de duración y que, además, al menos en varios modelos e indicaciones, hemos de aceptar la necesidad de que sean focalizadas, estructuradas y activas. Ferenczi, Federn, Balint, Malan y un cierto Freud tenían razón en eso. Hasta hoy, cada vez que un grupo de psicoterapeutas ha optado por esta vía, han tendido a abandonar las estructuras psicoanalíticas “oficiales” o han padecido fuertes problemas con ellas. No siempre ha sido así, ni tiene por qué serlo. Pero tanto por motivos asistenciales y culturales, como por motivos estrictamente técnicos, creo que desde el Psicoanálisis deberíamos formar más para las Psicoterapias breves y estructuradas, para involucrar al Psicoanálisis y la Psicoterapia en tratamientos psicosociales integrados, aceptando que son un componente y sólo un componente de los mismos, y, al tiempo, poniendo al conjunto de terapias psicológicas y psicosociales en contacto con formas de terapia mucho más “abiertas” como es el Psicoanálisis-técnica. Sigo creyendo que el Psicoanálisis personal, con las correcciones en las que luego abundaré, es la mejor vía aún hoy para formarse en temas clave como lo inconsciente y su influencia en la relación, las emociones y su influencia en la relación, la transferencia y la contratransferencia y su elaboración asistencial.

Mi segunda serie de cambios son teóricos y epistemológicos. Como clínico, como ciudadano y como investigador, defiendo el papel de los estudios empíricos y una perspectiva del Psicoanálisis como ciencia y tecnología. Creo que si no desarrollamos esos aspectos, no tenemos un lugar en las perspectivas asistenciales, que son cada vez más técnicas. Pero eso lleva a tener en cuenta los estudios empíricos del Psicoanálisis actual y, desde luego, de la Neurología y la Psicología experimental. Por ejemplo, en el campo de las fases del desarrollo y transiciones psicosociales, una perspectiva básica en Psicoanálisis y para la práctica de cualquier Psicoterapia que hoy debemos modificar, como lo han hecho autores como Erikson, Bowlby, Emde, Stern, Cramer, Manzano y Palacio, Horowitz, Volkan, los nórdicos o yo mismo.

En ese campo, por ejemplo, y gracias a las observaciones y mis propias experiencias, algunas de ellas sumamente erróneas y dolorosas, llevo años defendiendo un replanteamiento del papel del padre, tanto en el Psicoanálisis, como en la Psicoterapia como, en general, en la sociedad y la cultura. Hay demasiada distancia entre el padre de la Viena victoriana como base para el desarrollo del super-yo, y los padres actuales, que pueden y quieren jugar otro papel, y que están/estamos expectantes y desorientados sobre el mismo gracias al enorme avance desarrollado por las mujeres en las últimas décadas... El tema es tan importante para mí que he dirigido alguna tesis sobre el mismo (por ejemplo, la de Pietat Fuster) y he colaborado en trabajos clínicos y empíricos sobre el mismo. El “papel del padre”, por ejemplo, es un asunto que pesa de forma definitiva en mi perspectiva de las “Ayudas familiares de orientación psicoanalítica” que defiendo como un elemento que hay que incorporar a nuestra clínica, urgente y casi sistemáticamente.

El profundizar en la teoría del Psicoanálisis desde una perspectiva técnica, y mi experiencia de relación con un variado tipo de profesionales asistenciales y comunitarios (ya sabéis que he trabajado y reflexionado con médicos internistas y de familia, pediatras, psicoanalistas, psicoterapeutas, trabajadoras sociales, enfermeras, personal de guarderías, personal de enseñanza, personal de bienestar social y justicia, funcionarios y técnicos de prisiones...), todo eso me ha hecho replantearme los modelos de Psicoterapia que hoy intentamos difundir y, más en el fondo, los modelos de la Psicopatología. Por eso propongo un modelo de *Psicopatología psicoanalítica basado en la relación y en las organizaciones de la relación*, una perspectiva influenciada inicialmente por autores como el argentino Liberman, o Horowitz o por el propio Castilla del Pino y, en general, por la Psicología y el Psicoanálisis de la comunicación.

Como entiendo que el fundamento de la Psicopatología es la relación y, en particular, las relaciones tempranas, eso me ha llevado a plantearme progresivamente cuáles son los elementos fundamentales de la relación y, por ende, de la Psicopatología. Yo no creo, ni nunca he creído, que existieran cosas tales como la “pulsión de muerte”, salvo como metáforas de algo que no conocemos y, por lo tanto, no sabemos nombrar. En ese sentido, empiezo a pensar que la teoría de las pulsiones hoy sí que puede ser desarrollada como una “teoría de la Psico(pato)logía basada en las emociones”. Son las emociones el

elemento definitorio de cada transición psicosocial (que se define por nuevas configuraciones emocionales en el bebé, el niño, el adolescente y su familia), y el elemento mutativo fundamental de la Psicoterapia y el Psicoanálisis, y no las palabras de las interpretaciones, más o menos panglosistas, librescas o novelescas, de supuestas sagas, supuestos ensueños y supuestas contratransferencias interpretadas “al por mayor”. De ahí que, progresivamente, tanto a nivel teórico como técnico, me halle más y más interesado en el estudio de las emociones y en las técnicas para utilizarlas en las diversas formas de terapia... Desde luego, en la Psicoterapia psicoanalítica y el Psicoanálisis-técnica. Es un programa de replanteamiento teórico y técnico en el que estoy trabajando y que, seguro, no podré sino comenzar... La edad y la muerte no perdonan y no se detienen por programas de trabajo ni siguen los protocolos que nos gustaría imponerles (que en mi caso, gustosamente haría lo más largos posibles). Pero en ese sentido van ya mis últimas publicaciones y las que estoy preparando: Los cuatro libros sobre el duelo, dos escritos (en castellano y en italiano) con la colaboración de mi amigo y compañero psicoanalista, el Dr. Michele Sforza, el libro sobre el humor en la relación asistencial, los más técnicos de los “*Protocolos y Programas para la Atención Primaria a la Salud Mental*” y, sobre todo, mi reciente publicación sobre el miedo. En este caso, mi editor ha sabido ser lo suficientemente tolerante como para permitir que un libro que me fue solicitado como de divulgación, pudiera incluir capítulos de alta complejidad técnica, como los referidos a la neurología de las emociones y del miedo, la psicodinamia del miedo, o las perspectivas terapéuticas del miedo tanto en la clínica psicoanalítica como en la clínica propia de la asistencia pública en nuestro país.

El otro campo en el que propongo ciertos cambios teóricos e importantes cambios técnicos es en el de la prevención y atención precoz a las psicosis. Los cambios técnicos y pragmáticos los hemos desarrollado en equipo, primero con los compañeros de las Unidades de Salud Mental de Sant Martí y La Mina (Barcelona) y luego, en el Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en Riesgo de Psicosis (EAPPP), de la sanidad pública catalana. Los cambios teóricos tienen que ver con mi perspectiva del Psicoanálisis y la Psicopatología psicoanalítica, de las cuales os acabo de hablar. Su complejidad hace que me resulte imposible resumirlos aquí, pues haría mi respuesta enormemente larga y

farragosa. Pero, en último extremo, mi perspectiva psicopatológica de las psicosis, por ejemplo, entiende la así llamada “esquizofrenia” como una “psicosis desintegrativa postpuberal” que se desarrolla por haber *negligido, maltratado y mal tratado desviaciones en el desarrollo graves* cuyo origen puede ser, según los casos, biológico, psicológico o psicosocial.

TdP: Eres coautor, junto con Pere Bofill, del volumen Qué es el psicoanálisis (1994). ¿Nos puedes definir tu concepción actual del Psicoanálisis?



Pere Bofill

Jorge L. Tizón: Tal como allí lo definimos, y no olvidemos que Pere Bofill fue el principal introductor y primer presidente de una sociedad ibérica de Psicoanálisis, el Psicoanálisis sigue poseyendo esa triple realidad de movimiento sociocultural, teoría psicológica y técnica psicológica. Pero hoy creo que hemos de cambiar nuestra apreciación de nuestra propia disciplina. En el primer campo, el Psicoanálisis ya no es revolucionario y ni tan siquiera presenta aportaciones novedosas con cierta frecuencia: ha quedado en buena medida engullido por el culturalismo panglosista y el pensamiento “políticamente correcto”. En el campo de la teoría, como antes decía, ha quedado en buena parte ahogado también por ese panglosismo, por la palabrería, los dogmas, la falta de controversia científica, el seguidismo con respecto a las personas y sociedades influyentes... A nivel de

técnica se ha avanzado bastante más, pero me da la impresión de que en los dos últimos decenios también estamos quedándonos estáticos, como “noqueados” por el desarrollo de otras técnicas psicológicas y el poder de los fármacos (poder terapéutico y poder político y económico).

Y, sin embargo, como en ese libro definíamos con Pere Bofill, hay una serie de elementos del Psicoanálisis que me parece que hoy siguen siendo válidos. Resumiendo mucho diría que son los siguientes: 1. Entender que lo básico de la psicología humana es la relación o interacción: se trata de una “Psicología basada en la relación”. 2. Entender la infancia como un periodo conformador del futuro biopsicosocial del individuo. 3. La importancia de las emociones (y, sobre todo, de las emociones “primitivas”). 4. Entender que la Psicopatología no es diferente de la Psicología, que no hay línea divisoria entre salud mental y trastorno mental: depende de la gravedad, las disfunciones, el contexto... 5. Entender que una parte muy importante de nuestras motivaciones escapan a nuestra conciencia, que hay una parte de nuestra mente funcional y/o dinámicamente inconsciente.

Hoy el Psicoanálisis está siendo subsumido por otros programas psicológicos, pero no totalmente. No se cuál puede ser hoy su futuro: si ser subsumido y sobrepasado totalmente, o bien permanecer como una orientación y un programa de investigación o paradigma diferenciado, al menos durante unas décadas. Parafraseando a Sigmund Freud, no estoy seguro de cuál será “el porvenir de esa ilusión” pero, en todo caso, esas aportaciones que acabo de recordar creo que ya forman parte de los avances culturales y científicos de la humanidad.

TdP: Y en ese sentido, ¿cómo ves el futuro del Psicoanálisis? y ¿qué debemos tener en cuenta para que el Psicoanálisis tenga futuro?

Jorge L. Tizón: Para responder a esa pregunta, creo que tendríamos que pensar antes cuáles son, a mi entender, las causas del relativo aislamiento social, técnico y científico del Psicoanálisis en estos años. Se trata de una compleja cuestión que a menudo se trata de forma en exceso esquemática, sin una perspectiva histórica y social. Mi postura personal es

que el relativo aislamiento actual del Psicoanálisis es un resultado complejo de una serie de factores. En primer lugar, no hay que olvidar que es *una Psicología*, un enfoque de la Psicoterapia y un enfoque del mundo y de la cultura que prima la relación, las emociones y la infancia, que propugna el cuidado de esos tres elementos. En el mundo en que vivimos, eso significa una postura radical, en decir, radicalmente opuesta a la mercantilización de los seres humanos, sus relaciones y su cultura, y radicalmente opuesta a la profesionalización abusiva de la infancia y su uso narcisista o como negocio privado.

En segundo lugar, no hay que olvidar que los psicoanalistas somos los técnicos de la Psicología que más tiempo venimos defendiendo el valor de la Psicoterapia en todo tipo de trastornos mentales y sufrimientos humanos. Y ya se sabe que, en términos generales, a más Psicoterapia, menos fármacos. A más psicoterapeutas, menos negocios de corporaciones transnacionales, de *Big Pharma*, la psicofarmacia y la tecnología mecanizada. Es algo que resulta sumamente visible, por ejemplo, en los enfoques terapéuticos del supuesto síndrome/supuesta “enfermedad” del TDAH (el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) o en el tratamiento de la psicosis.

Pero también hay responsabilidades nuestras, por nuestra parte: lo costoso de la formación de psicoanalista, lo falseado del término de psicoanalista, lo fácilmente que se autoatribuye o atribuye tal título, con las discusiones a las que ello da lugar... El resultado es que, con cierta frecuencia, estamos usando técnicas poco seguras, o poco eficaces y eficientes, y eso, en un mundo mucho más informado y globalizado, pronto es detectado por los grupos de poder que dominan las instituciones supuestamente “públicas” y, lo que es más importante, por la población general, fomentando su desconfianza hacia nuestras aproximaciones.

En cuarto lugar, hay una serie de errores “de actitud” propios, de los psicoanalistas como colectivo y, en particular, de nuestras sociedades psicoanalíticas. Son temas de los que ya hemos hablado anteriormente en esta entrevista: el a menudo altanero y siempre suicida distanciamiento de algunas sociedades y grupos psicoanalíticos con respecto a las instituciones sociales y científicas, el uso y abuso de los juegos de lenguaje, los pseudoconceptos, la palabrería, el panglosismo, la falta de unificación teórica y conceptual de nuestra disciplina, el distanciamiento con respecto a la investigación empírica... Un

problema interno que contribuye de forma importante a todo ello, y un problema de fondo, es que no hemos sabido desarrollar métodos y sistemas para limitar el efecto grupal pernicioso que las transferencias irresueltas de nuestros propios análisis traían sobre nuestros grupos y sociedades. Tal vez los análisis más largos aseguren mejores resultados terapéuticos sobre los candidatos. Es algo que habría que demostrar. Pero los análisis “didácticos” más largos, enormemente más largos que en los primeros tiempos del Psicoanálisis, lo que sí aseguran es transferencias (neuróticas, psicóticas y perversas, es decir, sadomasoquistas) más fuertes y poderosas, más difíciles de elaborar e integrar adecuadamente cuando, más tarde, psicoanalista y psicoanalizado van a trabajar en la misma sociedad. Por ahí hay que explicarse en parte las tendencias sectarias y dogmáticas, a crear escisiones, diferencias y “capillitas” artificiales y regresivas, tendencias que tanto trabajo y sufrimiento nos dan en nuestras sociedades y actividades como grupo.

Yo defendiendo desde hace decenios un Psicoanálisis más involucrado en las instituciones de la salud pública, más involucrado en los conflictos sociales de los dos siglos que hemos vivido (y del lado progresista o transformador, claro), más discutidor, activo, “políticamente incorrecto”, más involucrado con la ciencia y sus instituciones, teóricamente más relacional... Recuerdo ahora que uno de mis primeros libros, que alcanzó más de siete ediciones y fue libro de texto para generaciones de estudiantes en varias universidades (que no en la mía), fue los *Apuntes para una Psicología basada en la relación...* Era, y sigue siendo, la Psicología psicoanalítica que yo enseñaba. Y ello, varios años antes del auge del Psicoanálisis relacional o intersubjetivo...

TdP: En ese sentido ¿qué opinas de la influencia que está teniendo el Psicoanálisis relacional en el contexto psicoanalítico actual? ¿Qué aportaciones del Psicoanálisis relacional consideras más destacables y de utilidad clínica? ¿Y qué críticas y objeciones formularías a esta escuela de pensamiento psicoanalítico?

Jorge L. Tizón: En estos momentos, el Psicoanálisis relacional creo que es un complejo movimiento que congrega actitudes, modelos, conceptos e intereses muy diversos. Sus corrientes tienen en común la oposición al Psicoanálisis teórico y técnico dogmatizado por

algunas sociedades científicas internacionales y una atención mucho más cuidadosa a todo lo que ocurre en las relaciones humanas, tanto en las asistenciales (y, entre ellas, en la relación psicoanalítica) como en el desarrollo humano, particularmente en la infancia... Era de esperar un movimiento similar ante la esclerotización, la cerrazón institucional y el dogmatismo que han llegado a impregnar demasiado profundamente nuestras sociedades y publicaciones...

A mí me parecen sumamente valiosas las aportaciones de algunos de los autores más o menos encuadrados en esa perspectiva. Por ejemplo, en el estudio de las relaciones humanas primigenias, a la expresión de la relación en el campo vincular o relacional de la técnica, al estudio más realista de las relaciones transferencia-contratransferencia, a una mayor sinceridad en la exposición de casos y situaciones de la clínica psicoanalítica y psicoterapéutica...

Pero como movimiento que es aún, o así lo considero yo, en su seno se congregan aportaciones, autores y grupos de muy variado valor y profundidad... Sus planteamientos teóricos son aún “de amplio espectro”, aunque su epistemología suele ser más actualizada, más constructivista. Pero, sobre todo, el peligro que hoy le veo es una cierta tendencia a la banalización del encuadre y de la formación para ejercer el Psicoanálisis y la Psicoterapia: eso sería una vuelta atrás, una regresión hacia actitudes “humanistas” y “espontaneístas” que no creo que, si triunfaran, nos dejarían en buen lugar tanto ante la sociedad, como ante las instituciones sanitarias, como ante el progreso científico... Pero el balón está en el aire y como revulsivo, era necesario. Inevitable, casi.

TdP: Muchos piensan que hay una sobrevaloración de las aportaciones de las Neurociencias al Psicoanálisis. ¿Cuál es tu valoración?

Jorge L. Tizón: Perdonad que, para responder a esa pregunta no me quede más remedio que retrotraerme a una definición de ciencia. Si me lo permitís, volveré a utilizar la que pergeñaba en uno de mis primeros libros, la *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*, aquél del cual, en 1977, un editor amigo (afortunadamente no era Josep Calsamiglia, mi editor) me dijo: “Con un título como ése, usted qué desea:

¿Arruinar a su editor?”.

En ese libro me apoyaba en una definición de “qué es esa cosa llamada ciencia” aproximadamente así: una forma de conocimiento comunicable, verificable, apofántica y *no contradictoria con las ciencias conexas y coetáneas*. Creo que sigue siendo una definición bastante útil y concisa. En este ámbito, por su último componente. Con el desarrollo de las Neurociencias, sobre todo tras la “década del cerebro”, el Psicoanálisis vuelve a estar más conectado con las “ciencias coetáneas” que lo había estado durante cerca de medio siglo, desde el “soberbio aislamiento” que los grupos norteamericanos e israelíes del Psicoanálisis sometieron a nuestra disciplina con respecto a los avances de las ciencias y disciplinas de la salud mental de su época. Como sentimos muchos y a menudo “¡Ya no estamos tan solos!”.

En efecto, los avances neurocientíficos han venido a confirmar muchas de las hipótesis y tesis psicoanalíticas más comunes y, en ocasiones, las más arriesgadas. Ahí van algunos puntos de avance y coincidencia, algunos muy impresionantes, que me vienen a la mente ahora: la confirmación de que la experiencia y el ambiente (*nurture*) pueden modificar no sólo el cerebro, sino incluso la expresión genómica y la transmisión genómica, sobre todo en el cerebro (*nature*), es decir, la radical influencia de la relación. Los descubrimientos sobre el funcionamiento del sistema límbico y su relación con las emociones (“el cerebro emocional”) y la posibilidad de que existan circuitos primarios y secundarios de manejo de la emoción o las necesidades primitivas y, por lo tanto, acerca de la importancia cerebral (y vital) de las emociones primitivas. La neuroplasticidad, la importancia de la neurogénesis y la sinaptogénesis en función de la experiencia. El papel crucial en todo ello del *attachment*, los circuitos de recompensa, los opiáceos endógenos y endorfinas. El descubrimiento de los diversos tipos de memoria y, por lo tanto, de inconsciente, el estudio de las conexiones entre el sistema límbico y la corteza frontal y órbita-frontal, el estudio de las bases neurológicas y psicológico-experimentales de la creación del self, la importancia de las relaciones para los trastornos mentales graves, y muchos otros elementos, han venido a reforzar, como decía, muchas de nuestras tesis e hipótesis.

Pero digo “reforzar”, no “probar”. Porque, tanto si el Psicoanálisis es una ciencia

autónoma, como mantienen muchos psicoanalistas, o una parte o “programa de investigación” de la Psicología, como defiendo personalmente, las comprobaciones para sus tesis, hipótesis y modelos deben ser internas a la propia disciplina. Una ciencia se diferencia de otra por su objeto y por su método. Y el objeto de la ciencia psicológica y, por tanto, del Psicoanálisis, desde mi perspectiva, es el estudio de la *conducta como significativa*. Por el contrario, el objeto de las ciencias y disciplinas neurológicas es el sistema nervioso central y el cerebro. Los métodos de una y otra ciencia y de sus disciplinas secundarias también serán, consecuentemente, diferenciados aunque, desde luego, existen estudios y disciplinas conexas, como por ejemplo las que explora el Departamento de Neuroimagen de la UCLA o el Laboratorio de Neuroimagen de Tokio, con estudios sobre la mielinización progresiva en relación con la experiencia el primero, y con estudios sobre la neuroimagen de emociones como el miedo, la vergüenza o la envidia el segundo.

Con todo ello quiero decir que, por muy acompañados y reconfortados que nos sintamos con los nuevos descubrimientos, son de otras ciencias. Y eso no nos exime de seguir trabajando en nuevas hipótesis y estudios sobre nuestro objeto (la conducta como significativa o, si lo prefieren ustedes, la relación y su representación mental y conductual) y con nuestros propios métodos, si no queremos ser sobrepasados y olvidados en el conjunto circular de las ciencias, que decía Piaget.

En resumen, las Neurociencias no pueden comprobar nuestras hipótesis, modelos y datos. Tenemos que probarlos y comprobarlos en el seno de la Psicología, con su objeto y sus métodos. El “neuropsicoanálisis”, en ese sentido, y lo digo ahora como psicoanalista y neurólogo, es, sobre todo, una vía para el conocimiento mutuo de ciencias contiguas y conexas, pero, mucho menos, una vía de comprobación y validación de hipótesis. Incluso podemos plantear hipótesis teóricas y técnicas para el Psicoanálisis y la Psicoterapia a partir de ese campo de interacciones, pero hemos de ser capaces de desarrollar métodos de comprobación propios de nuestro campo y de nuestro objeto. Toda una tarea en la que, hay que reconocerlo, otras orientaciones de la Psicología nos llevan la delantera, tal vez salvo en los campos del *attachment*, las emociones y el desarrollo del self y la identidad.

Me parece importante llamar la atención sobre estas realidades y prevenir idealizaciones prematuras, con la consiguiente “pereza del pensamiento”. Incluso he

escrito un par de trabajos con el título “¿Por qué neurociencias y no psicociencias?": para llamar la atención sobre un reduccionismo epistemológico, el biologismo, al que solemos estar muy poco atentos muchos psicoanalistas, muchos psicólogos y, desde luego, muchos catedráticos de Psiquiatría, Psicología y colegios de psicólogos.

TdP: ¿Qué lugar ocupa y debería ocupar la investigación en Salud Mental en el Psicoanálisis?

Jorge L. Tizón: Creo que podría y debería ocupar un papel mucho mayor del que ocupa actualmente. Posiblemente secundario, porque al fin y al cabo, el Psicoanálisis y la Psicoterapia está quedando cada vez más como una disciplina técnica, clínica. Pero tanto su teoría como su técnica necesitan del auxilio de la investigación empírica.

Pero entendámonos: no todos los psicoanalistas hemos de ser investigadores, ni todos hemos de ser teóricos y tampoco, como se ha defendido implícitamente durante decenios, exclusivamente clínicos. Ahí, el autoritarismo y el dogmatismo han jugado un nefasto papel. Algunos querrán dedicar un tiempo a la teoría o “metapsicología” del Psicoanálisis, otros a la investigación, otros dedicarse tan sólo a la clínica... Unos puede que gusten de trabajar en instituciones públicas y otros no... Pero debe existir esa libertad de acción y de pensamiento, de forma que ello no lleva aparejada la consideración de que los que no se dedican exclusivamente a la clínica privada y a la sociedad psicoanalítica son psicoanalistas de “segunda clase”. Diría incluso más: estoy dándole vueltas a la idea de si, como ya hacen otras sociedades e instituciones psicoanalíticas, no sería conveniente abrir la formación y los seminarios reglados, salvo los estrictamente clínicos o técnicos, a todo tipo de profesionales, de forma tal que en nuestros seminarios pudieran formarse no sólo psicoanalistas, sino psicoterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos, periodistas, artistas y todo un elenco de profesionales y de personas que podrían aprovechar y disfrutar de esos conocimientos que, con gran trabajo, modestas y costosas sociedades psicoanalíticas han puesto en pie.

TdP: Has escrito un libro sobre el humor. ¿Qué lugar ocupa el humor en el Psicoanálisis?

Jorge L. Tizón: Cierto: Los médicos de cabecera y pediatras que trabajaban conmigo, y que habían observado mi frecuente uso del humor, tanto en mis consultas, como en las consultas compartidas, o en los grupos “tipo Balint” que durante decenios he realizado con ellos (desde 1977), me insistieron en que escribiera sobre el tema. Tuvieron que insistir años, porque sentía que era un asunto que me superaba, que había muy poco novedoso escrito desde la Psicología y el Psicoanálisis sobre el mismo, desde el famoso estudio de Freud sobre *El chiste y su relación con lo inconsciente* de 1905. Para colmo, cuando hice un primer sondeo en la literatura psicoanalítica, me encontré con que su uso en la terapia era mayoritariamente criticado y se le consideraba una actuación del analista... ¡Huuy, qué miedo!

Además, no encontraba esquemas generales o estudios más amplios sobre el tema, y sí bastantes banalidades, superficialidades y aproximaciones aventureras... Total, que me resistí y me resistí... Pero aquellos compañeros me convencieron e intenté sistematizar algo mi experiencia sobre el tema y algunas reflexiones sobre el uso que yo hacía del humor y que había visto que otros clínicos respetados por mí, como los propios doctores Bofill o Feduchi, hacían del mismo. Sobre todo, porque es para mí evidente que todos los (buenos) clínicos lo usan; *ergo* debe tener algún valor elaborativo. Y yo lo uso frecuentemente, tanto en docencia como en las terapias. Al fin y al cabo, al menos hasta que la vida le golpeó más duramente, mi madre fue fundamentalmente una mujer alegre y dicharachera, con gran sentido de la alegría.

Por todo ello, finalmente, me decidí a escribir dos artículos científicos sobre el tema y, más tarde, el libro introductorio al que os referís.

Para mí, además, fue un placer escribirlo... Llevaba más de diez años trabajando duramente en el tratado “Pérdida, pena, duelo”. Trabajo duro y largo sobre un trabajo duro y sufriente, como es el duelo. Y sufrí bastante en la confección y terminación del tratado. Por eso, al tiempo que lo estaba terminando, casi surgió de mí el libro del humor, tal vez de modo elaborativo, tal vez de forma liberadora... Es un libro que me fue fácil y divertido escribir, probablemente el libro más corto que he escrito... Desde luego, se trata de un libro sencillo, casi simple, introductorio tan sólo... Y, sin embargo, abrió el camino a todo mi

interés posterior por el mundo de las emociones desde el punto de vista teórico y técnico, un interés en el que sigo inmerso...



En Florencia

TdP: Háblanos de tu empeño por hacer llegar el Psicoanálisis aplicado a situaciones tan significativas y delicadas como los cuidados de la madre con su bebé, los cuidados en la psicosis, el trabajo en los equipos de salud...

Jorge L. Tizón: He tenido la suerte de tener que trabajar profesionalmente en medios muy diversos y, casi siempre, acompañado por excelentes y generosos grupos de compañeros de diversas profesiones y proveniencias, psicoanalistas incluidos. A veces ese ha sido el resultado de una desgracia inicial, como cuando tuve que acabar trabajando en “medicina de cabecera” o en las consultas de “neuropsiquiatría de zona” en vez de en servicios de psiquiatría hospitalaria. Todo ello ha enriquecido mi perspectiva profesional y vital, desde luego. Pero, por actitud personal y por lo que pude introyectar en mi psicoanálisis

personal, siempre he valorado las aportaciones tanto personales como profesionales que me hizo el Psicoanálisis. Siempre “me las he creído”. De ahí a intentar aplicarlas en cada lugar, situación y equipamiento en los que he trabajado, no hay más que un paso: que te den o te busques la oportunidad de hacerlo. Y, sinceramente, mucha gente y muchas instituciones, casi siempre fuera de nuestra sociedad psicoanalítica, me han dado oportunidades para hacerlo... Y en trabajos aún más difíciles y arriesgados como el que habláis. Por ejemplo, realizando grupos de sensibilización con más de la mitad de los funcionarios y técnicos de prisiones de Catalunya durante varios años, o en guarderías e instituciones para niños...

Pero ya hace decenios que, tanto como psicoanalista, como en tanto que médico, y en tanto que interesado en la Psicósomática, he llegado a la conclusión de que las primeras etapas del desarrollo son el crisol de todo el desarrollo biopsicosocial futuro. De ahí mi convicción de que hay que invertir en prevención y que hay que invertir socialmente todas nuestras posibilidades en el cuidado de las embarazadas, de las relaciones tempranas madre-bebé, de las relaciones triangulares iniciales, de la red social para las familias de riesgo, de los cuidados preventivos para diadas y familias de riesgo... Mi acceso a amigos y literatura anglosajona me han facilitado esas convicciones. Leí la primera publicación de Bowlby *Soins maternels et santé mentale* cuando comenzaba mis estudios universitarios. En francés, porque tardó en traducirse. Luego, decenios después, me asombró que mis compañeros psicoanalistas no lo estuvieran leyendo y aplicando. Como desde el principio de mi trabajo como médico, como psiquiatra, como psicoterapeuta y como psicoanalista, he atendido siempre no sólo a adultos, sino a niños y familias, la necesidad de un replanteamiento en esos campos se me hizo imprescindible. Luego, como sabéis, me hice psicoanalista de niños y adolescentes, de forma tal que, como digo a menudo, he sido antes psicoanalista de niños que psiquiatra infantil, entre otras cosas porque ese título aún no existe en nuestro país.

Después, mi dirección de equipos de atención a la salud mental de niños y mi trabajo con grupos de embarazadas y puérperas durante años en las Unidades de Salud Mental de Sant Martí y La Mina de Barcelona, me ayudaron a desarrollar esa vertiente de las aplicaciones del Psicoanálisis al cuidado de la primera infancia, un trabajo del que

existen numerosísimos ejemplos a nivel internacional, tanto de orientación psicoanalítica como cognitivo-conductual. Después ya vino mi participación en la redacción del primer *Protocolo de salud mental del Programa del Nen Sà* de Catalunya y mi dirección del apartado de salud mental del actual programa, que data del 2009, así como el nombramiento como director del Plan de Formación en Promoción de la Salud Mental para la pediatría pública de toda Catalunya del mismo, el PF-PSMIP. Eso me proporcionó la oportunidad de conocer y trabajar con profesionales interesados en la misma orientación y afanes, y con gran parte de los equipos de pediatría de Catalunya.

Y al mismo tiempo, como los compañeros conocen mi interés por combinar los aspectos sociales y comunitarios con los aspectos relacionales, psicoanalíticos y emocionales, equipos de estimulación y desarrollo precoz, equipos de justicia y bienestar social y equipos de enseñanza y psicopedagogía, tanto catalanes como de otras autonomías, o de algunos países sudamericanos, me han pedido aportaciones concretas. Es un campo en el que estoy trabajando bastante intensamente: el de la atención precoz del riesgo psico(pato)lógico en la infancia y su cuidado y elaboración mediante la red social profana, pero también la super-especializada, formada precisamente por esos equipos. Como además son equipos y compañeros que a veces sufren con su trabajo, que lo pasan realmente mal, que lo tiene a menudo muy difícil, que socialmente son a veces muy poco comprendidos y apoyados, mi motivación va aumentando año tras año y experiencia tras experiencia, a pesar de la edad...

Como psiquiatra y como psicoanalista, tanto mi experiencia como mis estudios coinciden con lo que la literatura científica internacional está aportando en estos años: que las bases de la salud, la salud mental, los estilos o hábitos de vida, las formas de aprendizaje, elaboración de duelos, relaciones sociales, relaciones sexuales y tantos otros elementos de la vida personal, emocional y social, se conforman en los cuatro o cinco primeros años de la vida. Y que, en la medida en que se graban corporalmente, en nuestras memorias no sólo psicológicas, sino también neuro-endocrino-inmunitarias, cambiarlas después es un trabajo difícil, largo y trabajoso. Creo que, a menudo, los profesionales de la salud mental hemos “vendido” a la población, a los administradores y a los políticos, falsos sueños y esperanzas de “curaciones” de trastornos mentales graves. Muchos profesionales,

en especial en Psicoanálisis y Psiquiatría biológica, se lo creían y se lo creen. He ahí una ventaja de haber trabajado junto con la atención primaria a la salud: He visto evolucionar a los pacientes a mi lado. Intento ayudar a algunos pacientes en algún caso desde hace cuarenta años; intento ayudar aún a pacientes con psicosis de 60, 70, 80, y hasta 89 años... Bastantes de ellos han hecho una vida bastante adaptada, incluso han sido más solidarios y buenos ciudadanos que otras personas sin psicosis... Pero casi todos ellos siguen delirando. Posiblemente por eso son capaces de relacionarse y de tener emociones: porque no se las han anulado crónicamente mediante ríos de psicofármacos y formas de vida marginadoras. Pero no se han “curado”, en el sentido médico del término.

Por eso creo que hemos de decirlo claro: en el mejor de los casos, a esas personas gravemente afectadas las ayudamos, pero no “las curamos”. En el mejor de los casos. Ni con psicoanálisis, ni con milagrosas terapias conductistas (¿qué ha pasado de los miles de estudios que “probaban” los casi milagrosos efectos de terapias ultrabreves y sencillas del conductismo en trastornos de lo más variado o grave?), ni con las hoy idealizadas terapias cognitivo-conductuales... De ahí la importancia crucial de la prevención y de trabajar en la prevención. Y también, dicho sea de paso, de ahí la importancia de decir la verdad y de no emborracharnos con fantasías y autoengaños basados en el narcisismo de grupo, algo a lo que somos bien proclives los psiquiatras y psicoanalistas.

Psicopatología

TdP: Impartes y has impartido durante muchos años clases y seminarios de Psicopatología. Has escrito mucho sobre Psicopatología, propugnando una Psicopatología psicoanalítica transnosológica a partir de pautas, patrones, estructuras relacionales o modelos de relación (de objeto). No existirían tanto pacientes histéricos, fóbicos o paranoides, “sino seres humanos en cuyos diferentes momentos predominan una u otra forma de relación (de objeto)”. ¿Puedes decirnos algo más de tu concepción de la Psicopatología psicoanalítica? ¿Cómo valoras las dificultades de integrar la Psicopatología psicoanalítica con otras psicopatologías?

Jorge L. Tizón: A mi entender, lo que llamamos “Psicopatología psicoanalítica” y yo preferiría escribir siempre como “Psico(pato)logía psicoanalítica”, tiene dos partes: una, la que deberíamos llamar *Psicopatología psicoanalítica general*, más vinculada, precisamente, a la Psicología psicoanalítica. Se trata de los conceptos y modelos sobre ansiedades, defensas, conflictos, mecanismos de defensa y elaborativos, fases del desarrollo humano, etc., que el Psicoanálisis ha aportado al resto de las psicologías y psiquiatrías hasta hoy, y que han sido bastante aceptados e incorporados por ellas. Sólo en los últimos años, los investigadores y clínicos cognitivo-conductuales están aportando datos y conceptos en parte superadores de algunos de los que acuñó el Psicoanálisis, pero aún las aportaciones de éste último siguen siendo fundamentales. Entre otras razones porque algunos de los conceptos básicos de esas renovadoras perspectivas, basadas en los estudios empíricos, retoman, conociéndolos o no previamente, los conceptos psicoanalíticos. Aunque luego cambien los términos o los significados y, sobre todo, porque los someten a la prueba de los estudios empíricos.

Pero acerca de la segunda parte de toda Psicopatología, la que tiene más que ver con los cuadros, estructuras, conflictos u *organizaciones* psicopatológicas, en el Psicoanálisis actual reina una gran pasividad teórica y seguidismo. Se acepta que el Psicoanálisis ha de dedicarse a describir las ansiedades, defensas, mecanismos elaborativos, psicodinamia y conflictos de cada síndrome psicopatológico... pero tal como lo defiende y estructura la Psiquiatría oficial. Y de la “finura psicopatológica” de la Psiquiatría oficial basta con tener en cuenta las posibles “innovaciones” que propone el DSM-5 como para ponerse en guardia y prevenirse. No creo que la mayor parte de los profesionales que lo están redactando lo hagan conscientemente (aunque Allen Frances, jefe de tareas del DSM-4, cree que sí), pero es como si se tratara de evitar el pensamiento psicopatológico autónomo y las aportaciones de la relación profesional-consultante, e inundar la vida cotidiana y a la población con psicofármacos.

Pero no sólo por esos motivos, sino por motivos teóricos, creo que hoy el Psicoanálisis debe defender su Psicopatología. Una Psico(pato)logía que, cómo no, ha de estar basada en la relación y en las emociones. Freud mismo inauguró la *Psicopatología*

especial del Psicoanálisis cuando postulaba su agrupación de los cuadros psicopatológicos en “neurosis” y “psicosis”, basándose en un fenómeno técnico-psicológico: la transferencia y su existencia o no (mejor dicho, la posibilidad de utilizarla o no). Posteriormente, el concepto de estados límites, fronterizos, limítrofes o “liminares” añadía un tercer elemento a esa Psicopatología. ¡Lástima que hasta ese concepto, inicialmente enormemente dinámico y explicativo, precisamente en su versión psicoanalítica inicial, por ejemplo en el propio Kernberg, haya quedado tan cosificado en el así llamado “trastorno límite de la personalidad”! El resultado es que la mayoría de los psicoanalistas actuales, cuando hablan de trastornos límites, están pensando en el trastorno límite de personalidad, y no en lo que yo prefiero llamar “el funcionamiento límite” o “desequilibrio límite”, es decir, cuando la personalidad no ha llegado a una estructuración suficientemente estable y oscila con gran rapidez y profundidad entre la neurosis y la psicosis o, más exactamente, entre diversos tipos extremos de organización de la relación tal como la organización paranoide, la melancólica, la histriónica y la desestructuración psicótica.

TdP: ¿Qué lugar ocupa el duelo en tu concepción de la Psicopatología?

Jorge L. Tizón: El duelo y los procesos de duelo son fenómenos y conceptos excelentes para hablar del replanteamiento de la Psicopatología que propugno y de las nuevas formas de relacionarse el Psicoanálisis con la Psicología y Neurología experimentales y con los estudios empíricos. Trabajos experimentales como los de Meaney, Feder o revisiones como las recientes de Koehler, Shonkoff y Garner, Read y Bentall y otras muchas, defienden ya abiertamente que la crianza en los primeros años, es decir, las emociones, duelos, conflictos y traumas (¡el término “trauma” vuelve a estar de moda!) de ese periodo de la vida forman la base para la salud y la salud mental futuras. Que esos avatares tempranos, sobre la base de lo heredado, son el crisol, desde luego, de la psicología de la persona, del adulto, pero también de la organización y expresión o no de una parte del genoma, de la organización de aspectos clave de su sistema nervioso, de su endocrinología, de su inmunología, y, cómo no, de la psicopatología...

Es decir, el mismo marco (pero repleto de conocimientos empíricos, además de

clínicos, y vaciado de palabrería excesiva), que algunas formas del Psicoanálisis, desde Deutsch, Alexander, Dunbar, French, Weiss y English defendían para la “Psicosomática psicoanalítica” (aunque hoy se le llame del *ecobiodevelopmental framework*). Un tema en el cual el Psicoanálisis fue pionero, tanto en nuestros países europeos como en los USA, y tanto con la escuela norteamericana de Psicosomática, como con los programas de investigación de las “escuelas de Psicosomática” de París, la alemana de von Weizsäcker, von Bergman y Marx, la argentina de Liberman y Chiozza, la española de Laín Entralgo, Rof Carballo, Barraquer Bordas, etc.

Baste recordar entre nosotros los trabajos pioneros de Rof Carballo y Barraquer Bordas, o los de los compañeros de la IPSO de París, representados en nuestros lares, por ejemplo, por José María Franco. Se trata de un tema, por cierto, sobre el que se me ha olvidado antes decir que me ha preocupado largos años, y en el que he participado con algunas publicaciones, seminarios, cursos, conferencias... e incluso estudios empíricos, algunos tan tempranos como de 1971, cuando me ví obligado de trabajar como “médico de cabecera” (y, como decía yo en aquella época, “con una orientación psicosomática en la asistencia”: los seis años durante los cuales fui el médico de la “Plaça del diamant”). Los duelos y proceso de duelo, sobre todo tempranos, son básicos para la salud y la salud (mental). Las formas de modularlos y elaborarlos se transmiten en la familia y el grupo social básico y son “grabados” psicológicamente, en forma de organizaciones para la relación, a su vez apoyadas en las memorias PNEI (psico-neuro-endocrino-inmunitarias).

Ese es otro campo en el cual el Psicoanálisis ha sido para mí fundamental, pero en el que también he tenido que cambiar mi perspectiva. Creo que hemos de dejar de lado ya muchas de las intuiciones, términos y disquisiciones de decenios anteriores de estudio psicoanalítico (el “psicoanálisis del cefaléico crónico” y similares...) y ser capaces de realizar una integración de la perspectiva psicoanalítica relacional y la perspectiva del desarrollo biológico. Hoy ya es posible. La línea de estudio y trabajo de los “factores de riesgo”, que yo he tomado de la atención primaria y aplicado en mis trabajos de prevención basados en el Psicoanálisis, entre ellos mi dirección del apartado de salud mental del “Programa del niño sano” de Catalunya, se basan en ese cambio de perspectiva: para que se dé una auténtica “enfermedad psicosomática” se necesita una conjunción de factores de

riesgo, en parte biológicos (y de éstos, a su vez, no todos genéticos o intrauterinos, sino también los apoyados en la historia de las relaciones, duelos y traumas tempranos) y en parte psicológicos. Lo importante no es tanto reivindicar pues una “causa”, y menos aún, una “causación psicodinámica”, sino dilucidar cómo se llega a la lesión a través de la concatenación de “vulnerabilidades” y “factores de riesgo”, cómo se llega a esa psicodinamia, cómo podemos colaborar en tanto que psicoanalistas o psicoterapeutas en su conocimiento, mejora, elaboración, contención... Los procesos de duelo y, más en general, los procesos elaborativos son uno de los elementos clave de ese desarrollo y, por lo tanto, de su estudio.

TdP: ¿Cómo ves la Psicopatología psicoanalítica actual? ¿Cuáles son a tu parecer las últimas grandes aportaciones a la Psicopatología psicoanalítica?

Jorge L. Tizón: Mi idea sobre el tema se desprende de lo que os acabo de decir. Siento que, hasta donde llegan mis conocimientos, no ha habido grandes aportaciones en Psicopatología psicoanalítica en los últimos años, tanto en Psico(pato)logía psicoanalítica general, que desde las aportaciones de Melania Klein ha quedado bastante detenida, como en el campo de la Psicopatología psicoanalítica especial, que, para muchos psicoanalistas y psicoterapeutas, sencillamente no existe ni tiene por qué existir. El resultado es el seguidismo del Psicoanálisis con respecto a otras formas de Psicopatología, algunas de ellas sumamente estrambóticas, o la proliferación de “psicopatologías variadas”... A otro nivel, sin embargo, algunas aportaciones de Bion y Meltzer o los intentos de operativización del diagnóstico psicoanalítico, me parecen sumamente interesantes, tales como los desarrollados por el grupo alemán del OPD, los de los equipos de Kernberg, la escala de diagnóstico psicoanalítico kleiniana desarrollada en nuestro medio por los equipos de la Fundación Sant Pere Claver... A un nivel modesto y algo específico, junto con Jordi Artigue y otros compañeros hemos intentado realizar nuestra aportación en este campo creando una escala de recogida de factores de riesgo en la infancia y adolescencia, el LISMEN (Listado de ítems de Salud Mental), y traduciendo y aplicando escalas de retraimiento en la primera infancia como el ADBB-ARBB, desarrollando escalas para la

detección precoz de los desarrollos psicóticos como el ERIraos, o los criterios EMAR-ARMS para su detección precoz...

Pero, a mi entender, hay mucho que hacer aún en el campo de la Psicopatología psicoanalítica especial. Creo que mi perspectiva de la “Psicopatología basada en la relación” (para otros, “en la comunicación”), que comparto con otros autores psicoanalíticos y no psicoanalíticos, está desarrollada tan sólo a un nivel incipiente y es posible que vaya a desarrollarse más rápidamente desde otros paradigmas, como el cognitivo-conductual, el “estratégico” o el “constructivista”... Además, en algunos lugares, y a pesar de (¿o tal vez a causa de?) la insistencia en la “psicopatología deeseemetretristra”, está disminuyendo peligrosamente el grado de formación en Psicopatología general de los candidatos a psicoanalistas. De seguir esa tendencia, me temo que podemos llegar a mayores errores e ineficiencia en la práctica del Psicoanálisis y la Psicoterapia, así como a problemas legales más frecuentes y a conflictos innecesarios con las autoridades sanitarias y los organizadores y planificadores sanitarios.

Una peligrosa sombra de desprecio por la Psicopatología, en nombre de la sublime importancia de la palabra, de los significados y la simbolización míticamente entendidos, de la hermenéutica o de la intersubjetividad, parece que vuelve a extenderse entre algunos grupos psicoanalíticos con lo cual, a mi entender, además de poder dañar o hacer perder el tiempo a los pacientes, podemos acabar de romper los puentes entre el Psicoanálisis y las instituciones científicas y de la asistencia pública. Son reminiscencias de épocas en las cuales escuelas enteras de Psicoanálisis despreciaron la Psicopatología, los estudios empíricos, la participación en las instituciones públicas de salud mental... A mi entender, el aspecto clínico del Psicoanálisis, su principal valor, su valoración del “estudio científico de lo individual”, que es como podría orientarse el estudio de casos, cada vez queda más subsumido por la utilización de la exposición de casos para el lucimiento personal o para el progreso en la propia institución, para el narcisismo personal o de grupo, para los trabajos del tipo que humorísticamente he llamado “miren qué guapo que soy y cómo me lo monto”... En parte, porque en muchas sociedades a eso se acostumbra a los candidatos, en parte por el aislamiento de las instituciones psicoanalíticas con respecto a las instituciones públicas, en parte por narcisismo de grupo... El resultado es que durante estos últimos

años conozco pocas aportaciones relevantes del Psicoanálisis a la Psicopatología general, la mayoría centradas en la infancia temprana y las primeras fases y desarrollo de los seres humanos...

TdP: Sigamos con la Psicopatología. ¿Cómo valoras los criterios diagnósticos de los trastornos mentales, representados por el DSM-IV y el CIE-10? Y ¿qué valoración nos puedes avanzar de lo que ya se sabe del DSM V?

Jorge L. Tizón: Es evidente hoy en día para casi todos los profesionales, incluso para los que trabajan en el DSM, que las clasificaciones psiquiátricas deben ser replanteadas de raíz. Es una barbaridad científica y técnica mantener clasificaciones de los trastornos mentales con más de 300 apartados o “trastornos” diferentes... Y no digamos si se piensa que son “enfermedades”: ¿374 “enfermedades psiquiátricas” diferentes? ¡Qué barbaridad!

Hoy en día, el lobby del DSM ha quedado atrapado en su propia pesadez como lobby (lobby ideológico, pero también económico y político). Sus capacidades de modificación parecen escasas. Ciertamente que hay todo un movimiento para introducir en la clasificación del DSM, por ejemplo, criterios dimensionales, es decir, una atención a los rasgos de la personalidad, a una cierta visión de la Psicopatología algo más dinámica, algo más atenta a las realidades relacionales... Pero parece que esas presiones no dominarán el DSM-5. De hecho, el actual borrador de la nueva versión de la clasificación americana, hoy hegemónica en el mundo y con poderes sobre la clasificación de la OMS, incluye, por el contrario, una serie de elementos que son auténticos peligros para la población. Y no lo digo yo, sino numerosos profesionales de prestigio, entre los cuales hay que citar a Allen Frances, el antiguo Jefe de Tareas del DSM-4, que se ha desmelenado en conferencias y artículos sobre la “nueva pandemia del diagnóstico de trastornos mentales” que propiciaría el DSM-5 si es aprobado en su forma actual. La realidad es que el DSM-5 lleva años de retraso en su salida: ¿publicamos y hacemos oficiales estas barbaridades, con lo cual podemos estimular la “rebelión de las masas”, o nos quedamos como estamos? Ahí están detenidos los *deeseemetristas* del mundo. Ese es su verdadero dilema. Porque, apoyándose en investigaciones y estudios clínicos y empíricos *ad-hoc*, están proponiendo

categorías o criterios con un fin clarísimo: aumentar los diagnósticos de “trastorno mental”. En ese sentido corre la posible inclusión del “riesgo de psicosis” como un diagnóstico, del “trastorno disfuncional del carácter con disforia”, las “adicciones conductuales”, la “pedohebefilia”, el “trastorno cognitivo menor”, la introducción del diagnóstico de “duelo patológico” (¡con dos u ocho semanas de “síntomas”!), y la ampliación de criterios para pseudodiagnósticos como el TDAH (el trastorno por déficit de atención en niños y adultos), el trastorno mixto de ansiedad y depresión, los trastornos del espectro autístico...

En todo eso, los intereses de la industria farmacéutica, uno de los poderes fácticos del mundo en que vivimos, son fundamentales. Por ejemplo: en el “riesgo de psicosis”. En realidad, el primer equipo que hizo una aproximación a la realidad poblacional del riesgo de psicosis ha sido un equipo de orientación psicoanalítica: El EAPPP. Y el resultado era que 2’4 personas de cada diez mil están en ese riesgo cada año, si se usan los criterios australianos y alemanes para definirlo, adaptándolos a nuestra realidad. Súmenle ustedes las 1 a 3 persona por cada diez mil habitantes que son diagnosticadas de esquizofrenia cada año y la cronicidad de esas vulnerabilidades y de ese trastorno... La idea es duplicar o triplicar la prevalencia, el número de personas en tratamiento con “antipsicóticos” (como tramposamente se llama a los nuevos *neurolépticos*), hasta llegar o superar el 2 ó 3 por ciento de la población. Y con el apoyo de diagnósticos “científicos”, porque hoy, en realidad, probablemente esas tasas de uso de neurolépticos, pero sin diagnóstico preciso, ya se están ampliando en grupos enteros de población.

¿Se imaginan el negocio farmacológico que supone tratar con neurolépticos carísimos al dos o tres por ciento de la población, añadido al diez por ciento de la población que usa antidepresivos en Catalunya, y al 5 a 9 % de los niños que, supuestamente, deberían ser diagnosticados del supuesto síndrome-enfermedad del TDAH, “para estar a niveles europeos”...? Añadámosle ahora a las personas que padecen duelos “patológicos” (según diversas propuestas para el DSM-5, si tienen síntomas idos semanas o dos meses después de la pérdida!): otro 5-6 por ciento de la población que, según mis propias estimaciones, padece anualmente un duelo grave cada año... Ese es todo un futuro, que ya predijo Huxley en *Un mundo feliz*: todos tomando drogas psicoactivas toda la vida (y

repartidos en clases sociales herméticamente separadas e insuperables gracias al uso de las drogas). Ese es el mejor de los mundos. ¿Dónde está ahí la valoración de lo emocional, de las relaciones humanas como transformadoras, de la solidaridad y creatividad sociales, de la necesidad de contener y elaborar los conflictos, duelos, las crisis, transiciones y adaptaciones, es decir, las aportaciones básicas del Psicoanálisis? Como decía hace poco, ya es hora de despertar del sueño “hipertecnificador” de la salud mental, porque no es un sueño: es una pesadilla alimentada con ríos de psicofármacos... Y de psicofármacos, que no lo olvidemos, no receta la industria. Lo recetamos los médicos y los psiquiatras. Y los solicita la población. De ahí la importancia teórica, clínica y social de las perspectivas psicoanalíticas e integradas sobre el duelo y los procesos de duelo, sobre cómo afrontar y elaborar solidariamente las frustraciones y pérdidas vitales, a las cuales les he dedicado una parte de mi afán en los últimos años.

En cuanto a la clasificación de la OMS, a pesar de las presiones de los países “en vías de desarrollo”, es de temer que continúe la tendencia actual, de seguidismo con respecto a la DSM norteamericana. Como tantas otras facetas de la OMS y, en general, de la ONU. Es algo que aprendí ya hace muchos años gracias al trabajo de mi padre, que fue jefe de Misión civil de una división de la ONU durante más de veinte años... Todas las actividades de la ONU, y particularmente las más supuestamente técnicas, han estado profundamente sujetas a los intereses y perspectivas norteamericanas durante todos estos años... Es algo que también tendrá que cambiar en este mundo en que vivimos, y no será sin convulsiones... ¿Qué sabemos, por ejemplo, de la Psiquiatría y el Psicoanálisis en China, en la India, los países posiblemente dominantes en el futuro, si una guerra nuclear no detiene el normal reparto del poder en el mundo? Pues los hindúes llevan años proponiendo modelos organizativos y de cuidados muy comunitarios, muy poco profesionalizadores –en parte, por falta de recursos–, pero que bien valdría la pena estudiar y tener en cuenta...

Además, creo que en el futuro, una vez pasada ya la moda del conductismo, la clasificación de los trastornos (o de los modos de relación desadaptativos) volverá a necesitar de la estructuración teórica... No estará tan sólo basada en el sueño empirista de que “estudios ateoréticos” proporcionarán las guías para la acción...