REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

D'ON VE I A ON VA LA MEDICINA

(NATURALESA - PERSONA - SOCIETAT)

Discurs llegit per l'Acadèmic Electe

DR. CARLES BALLÚS I PASCUAL

en l'acta de la seva recepció el 24 de novembre de 1996.

Discurs de resposta de l'Acadèmic Numerari

Molt Il.lustre Doctor

LLUIS BARRAQUER I BORDAS

Barcelona

1996.

D'ON VE I A ON VA LA MEDICINA

(NATURALESA - PERSONA - SOCIETAT)

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

D'ON VE I A ON VA LA MEDICINA

(NATURALESA - PERSONA - SOCIETAT)

Discurs llegit per l'Acadèmic Electe

DR. CARLES BALLÚS I PASCUAL

en l'acta de la seva recepció el 24 de novembre de 1996.

Discurs de resposta de l'Acadèmic Numerari

Molt Il.lustre Doctor

LLUIS BARRAQUER I BORDAS

Barcelona

1996.

Depósito Legal: B-41544
Impreso en España

Discurs llegit per l'Acadèmic Electe

DR. CARLES BALLÚS I PASCUAL

Excm. Senyor President, Molt Il.lustres Acadèmics, Il.lustres Autoritats, Senyores i Senyors,

Em presento a vostès complint amb el reglament d'aquesta docta corporació i confiant que aquestes pàgines siguin el toc de gràcia per ser acceptat com a membre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. No estaria gaire segur d'obtenir el seu beneplàcit, sino comptés amb la seva comprensió i bondat i sino es donés la circumstància de que bona part dels conceptes i consideracions que exposaré son fruit i herència dels ensenyaments rebuts d'alguns de vostès, il.lustres acadèmics i professors de la Facultat de Medicina de Barcelona. Ara bé; no puc negar, tampoc, certs modestos coneixements que pel meu compte he anat adquirint, ni l'empremta que les peculiaritats i l'idiosincràcia de l'especialitat de psiquiatria que exerceixo m'ha anat deixant, acceptant d'aquesta manera la responsabilitat que em correspon en les següents pàgines.

Sóc, efectivament, especialista en psiquiatria desde l'any 1953, però també vaig aconseguir el títol de neuròleg, pels mateixos anys, especialitat que vaig cultivar des dels inicis del meu exercici professional. Tinc també la satisfacció, lo que puc dir sense especial modèstia, d'haver estat en dos ocasions -la primera, a la comarca del Segrià de la província de Lleida, la segona a l'Alt Penedès- «metge de poble» i d'haver col.laborat, durant anys, en consultes de Medicina General, experiències que contribuiren de forma molt positiva en la meva formació professional i humana.

Aquestes activitats foren possibles després de passar els obligats anys de vida d'estudiant de medicina i d'haver rebut una sòlida docència d'il.lustres professors. Recordo sempre amb emoció el meu pas per la Clínica Mèdica A de la nostra Facultat i els meus aprenentatges determinats per la ciència, l'admiració i el respecte que sentia pel que fou Acadèmic Prof. A. Pedro i Pons, així com pels altres professors i

metges d'aquell servei entre els quals citaré els doctors A. Ciscar, Bacardi, J. Pedro i Botet J. Surós, J. Gras, J. Vilar Bonet, J.M. Espadaler Medina, i de forma especial al Prof. P. Farreras. Especialment va encaminar la meva formació el Dr. R. Sales Vazquez, cap del Dispensari de Neurologia i de la Secció de poliomielitis, enfermetat que, allà pels anys 50, encara produïa verdaders estralls a casa nostra. Amb ell vaig aprendre les bases de la clínica neurològica i vaig col.laborar, també, en el tractament psicològic dels petits pacients poliomielítics, practicant psicoteràpies individuals i de grup amb els seus familiars.

El pas per la Facultat de Medicina em deixà, tanmateix, altres records inesborrables, entre els que vull citar, no precisament per fàcils i lleugers, aquells corresponents a les assignatures de Fisiologia en la que vaig rebre classes de l'Acadèmic Prof. J. Vidal i Sivilla, de Farmacologia amb els ensenyaments clars i precisos, de verdader mestre, del també Acadèmic Prof. F. Garcia-Valdecasas i amb les lliçons, sempre interessants i amenes, de l'Acadèmic Prof. J.A. Salvá. I no puc acabar aquestes cites sense manifestar el mes sentit record al que fou Acadèmic Profesor J.Obiols i Vie, home agut i intel·ligent, dinámic i perspicaç, amic dels seus amics.

Els ensenyaments de tots ells, amb la meva esforçada dedicació a l'estudi i la meva quasi diària assistència per les sales de l'Hospital Clínic, quan els mestres hi «passaven visita», em permeteren assolir una suficient preparació mèdica que, per altra banda, vaig tenir la sort de poder completar com assistent del Dr. J.M. Cid Prat, internista privat, quin sentit clínic i humanista de la professió deixà en mi una empremta que encara avui tinc que agrair-li. També tinc presents els anys que vaig passar, alternant amb l'estança a l'Hospital Clínic, en el Servei de Medicina Interna de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, col.laborant amb el Dr. E. Irazoqui, psiquiatra i psicoterapèuta, home de gran vàlua i amplis coneixements dins d'una orientació antropològica i fenomenològica i on vaig tenir l'oportunitat d'escoltar sovint les atinades lliçons del que fou Acadèmic Prof. A. Rocha.

Ara bé; la meva preparació en el marc de la psiquiatria clínica es va orientar i s'acrisolà amb els anys de formació i pràctica que vaig passar amb el Dr. S. Montserrat Esteve, «mestre» que reunia en el seu ampli bagatge científic l'haver conegut les escoles psicoanalistes a Viena, des de Freud a Adler, i haver-se centrat, posteriorment, en una psiquiatria que abarcava l'home, des de les vessants i concepcions biològiques mes avançades a les seves dimensions humanes i socials. Amb el seu

mestratge, en aquell grup que formavem una petita escola, vaig conèixer les que eren llavors, als volts dels anys 60, les primícies de la Teoria General de Sistemes que havia exposat von Bertalanffy i de la Cibernètica, creada i sistematitzada per Nobert Wiener, amb les seves múltiples aplicacions a la medicina i, especialment, a la psicopatologia i a la psiquiatria.

En acabant aquests paràgrafs, més aviat autobiogràfics, vull esmentar l'immens valor que em donaren i em donen el marc i el context familiar. Primerament al comptar amb l'impuls, la fe i l'entusiasme que malgrat les dificultats morals i materials que sofríem, em donà la meva mare amb l'ajut valuós, també, de l'àvia i del meu oncle Rafael. Uns anys després, al trobar-me sortosament amb la meva esposa Mª Teresa comprensiva i encoratjadora de les meves obligacions professionals i acadèmiques i amb uns fills que, amb ella, foren capaços de mantenir el caliu de la família, malgrat la meva obligada i absorbent dedicació a l'estudi i al treball. A tots ells és just que manifesti el meu profund agraïment, com també vull fer-ho als directors i professors del Col.legi del Sagrat Cor S.J. que em donaren el necessari fonament de valors i cultura, hàbits de diari esforç i sentit de autoexigència.

Retornant a la línea d'esdeveniments i d'homenatges acadèmics recordaré que al darrer curs de Medicina -1950- vaig donar l'assignatura de psiquiatria amb l'Acadèmic Prof. R. Sarró i Burbano, coincidint amb el seu primer any de Catedràtic de l'especialitat, a Barcelona. Al Prof. R. Sarró, antecessor meu per altra banda en el lloc d'aquesta Reial Acadèmia que espero ocupar, tinc que fer especialment referència. D'ell ens queden molts i bons testimonis, començant per la imatge i l'exemple d'un home que passà la seva vida entregat al treball i a l'estudi. Ja de jove, acabada la formació universitària, interessant-se plenament per la psicologia i per la psiquiatria, decidí viatjar a Viena, breçol llavors dels moviments i del despertar psiquiàtric, sens dubte la seu més important d'aquest a Europa. Allà tingué l'ocasió de contactar i conèixer d'aprop les figures més eminents de la psiquiatria germànica i centro-europea i, no cal dir, de la psicoanàlisi, amb el seu propi creador Sigmund Freud; allà passà per un període de psicoanàlisi didàctica, per indicació del mateix Freud, amb la Dra. Hellen Deutsch, la qual, com havia dit en alguna ocasió el Dr. Sarró, sense negar-li la formació tècnica i cultural, «no pogué amb les seves defenses», lo que ja és índex evident de la seva forta personalitat. Sarró es movia per Viena en el camp psicoanalític, a la vegada que la seva curiositat científica i el seu

afany de saber el portaven a fer-se amb una àmplia i profunda formació en la psiquiatria clàssica europea i que la seva vocació el decantava cap a la psicopatologia i tot alló que corresponia a la que podríem dir-ne psiquiatria bàsica i fonamental, bases i fonaments sobre els quals, com veurem, durant llargs anys de la seva vida, anà desenvolupant les seves teories. És així com Ramon Sarró aprèn a moure's hàbilment entre escoles científiques, per alguns tant oposades i fins i tot conceptualment excloents, com la psicoanalítica i la fenomenològica, atent, a la vegada, a les aportacions que s'anaven introduint des de les vessants «biologistes», com demostrà amb el seu interès per la terapèutica per l'electroshock, l'electroencefalografia i, més endavant, pels psicofàrmacs, centrant-se, especialment, en la investigació dels neurolèptics i dels psicodislèptics.

Ramón Sarró va merèixer al llarg de la seva vida acadèmica i professional, moltes distincions, entre les que volem citar: el Doctorat Honoris Causa per les Universitats de Córdova (Argentina), Santo Domingo (República Dominicana) i Besançon (França). No cal dir que havia dirigit múltiples activitats docents, començant per aquelles inherents a la seva Càtedra de Psiquiatria i al corresponent Servei de Psiquiatria i Psicologia Mèdica de l'Hospital Clínic i seguint amb les Escoles Professionals de Psiquiatria i Psicologia Mèdica i l'Escola de Visitadores Socials Psiquiàtriques que ell creà, de la «Revista de Psiquiatria i Psicologia Mèdica d'Europa y América Latina», participant i dirigint grups d'estudi, seminaris i societats científiques, essent l'impulsor i protagonista de congressos nacionals i internacionals, etc, etc, tot el que fa comprendre que fos una personalitat coneguda i reconeguda en molts països i que, encara avui dia, sigui objecte sovint de record i d'homenatge, de reconeixement i d'afecte, entre nosaltres i més enllà de casa nostra.

Obviament, no podem citar totes les quantioses i variades publicacions del Prof. Sarró fetes al llarg de la seva vida de professional i docent, quina relació es troba, per altra banda, en el seu llibre que han coordinat i seleccionat els Drs. José Luis Mediavilla i Ernest Gimeno i que porta per títol «De la Teoría mitologemática al homo demens» i del que passarem, ara, a citar-ne i comentar-ne alguns aspectes, doncs penso que, en aquesta obra, hi trobem una exposició clara i molt completa de les seves aportacions més importants i personals sobre els *deliris*, símptomes de primer ordre en el camp de la psiquiatria i de la psicopatologia i pels que, en certa manera, R.Sarró ja s'havia interessat en l'ocasió de la seva Tesi Doctoral, defensada

a Madrid l'any 1931, sobre «Pensamiento pre-simbólico y existencia mítica en la esquizofrenia», així com en posteriors estudis i publicacions sobre la classificació i les formes finals de l'esquizofrènia, partint de les hipòtesis de Kleist i de Leonhard.

Doncs bé, en el seu estudi sobre els *deliris*, R. Sarró manté que els psicopatòlegs anteriors, incloent els psicoanalistes, no havien explicat la temàtica dels deliris ni havien estudiat la seva naturalesa des de l'angle fenomenològic, de tal manera que uns i altres «omitieron llevar a término el análisis descriptivo del campo delirante», en tant que -segueix dient- les seves investigacions li permeteren «aislar una serie de unidades temáticas de especial interés que hemos denominado deliremas». I és que el malalt psicòtic delirant sofreix no precisament una *pèrdua de l'objecte* en el sentit psicoanalític, sinó una *pèrdua del món* i llavors «ante esta situación, la más extrema en la condición humana, el hombre que la padece moviliza una nueva respuesta: la delirante» que solament pot comprendre's des d'una psicologia «cosmo-antropològico-mítica».Els temes delirants que descobreix Sarró, en el minuciós examen dels seus malalts, no són molt variats, per cert, i com ell ja fa notar, no passen de vint i es relacionen, fonamentalment, amb les següents quatre grans unitats:

la fi del món
el mesianisme
la mort reversible
i la pluralització.

Cal subratllar que Sarró, amb el seu procedir, arribà a establir unes noves formes de comunicació amb el pacient esquizofrènic i que, mitjançant aquestes, demostrà que els deliris, en certa forma, ja estaven preformats, si bé «la impresión que experimenta el observador es que brotan de sí mismos». Però cal pensar -afirma- que aquest *estar preformat* no correspon als continguts inconscients de Freud, ni a l'inconscient col.lectiu junguià.

Més endavant R. Sarró estableix, a partir de les recerques esmentades, la realitat de l'*homo demens* com «una variante inferior del *homo sapiens*» i posa en evidència que l'*homo demens* «sería fruto de la claudicación de ciertas individualidades más en el orden emocional que intelectivo ante las exigencias de adaptación a un

ambiente que comporta una exigencia superior a su capacidad», concloent que «la locura esquizofrénica no aparecería como consecuencia de traumas o conflictos intelectuales sinó de una condición intrínseca: la debilidad para la empresa de ser hombres, es decir, de un ser dotado intrínsecamente de temporalización». Certament l'*homo demens* de Sarró és el resultat d'un treball d'anàlisi fenomenològic i per això s'apropa molt més a la realitat, i fins i tot, a l'utilitat que els conceptes d'*homo natura* de Freud i de Binswanger o d'*homo archetypus* de Jung.

A vegades semblava que Sarró, amb les grans aptituds intel.lectuals i dialèctiques i amb la seva capacitat improvitzadora, jugués amb els soldadets de plom de les seves paràules que, a voltes, s'amagaven en breus silencis, a voltes feien somriure, però que, si era menester, sabien llençar els més durs trets i donar, quasi sempre, en les dianes.

La seva interpretació de l'obra de D. José de Lentamendi, objecte i tema del seu discurs de recepció en aquesta Reial Acadèmia, llegit l'any 1963, es fonamentava, molt especialment, en la «Patologia General» d'aquest autor -sense oblidar-ne d'altres com la sèrie d'articles sobre «Higiene dogmàtica» publicats al setmanari "La salud", analitzant com i perquè una obra tan significativa caigué progressivament en l'oblit i, ni en el seu temps, fou gaire llegida.

En el seu discurs es preguntava sobre aquest oblit de Letamendi i sobre el tancament que, en certa forma, li feren els seus coetanis i la generació posterior: «qué significa que una generación intelectual no dialogue con la precedente», lo que el portà a argumentar, tot seguit, que «pocas generaciones en la historia se les puede aplicar como a la del 98 el concepto del complejo de Edipo».

Acabava R. Sarró el seu discurs d'ingrés, pletòric de cultura mèdica, humanística i filosòfica i, a la vegada de sentit crític, dient: «si, aunque sólo sea por un instante, he conseguido no sólo haceros sentir su presencia (la de Letamendi) entre vosotros, sinó también haceros de algún modo partícipes de mi interpretación y valoración del alcance del hombre y de su obra, me consideraré recompensado del esfuerzo de años que me ha costado este Discurso».

Il.lustres acadèmics, senyores i senyors; jo també voldria haver-vos fet sentir la presència del Prof. Sarró en aquest acte de la meva recepció al succeïr-lo, amb plè sentit de responsabilitat, en el lloc que ell tan dignament ocupà en aquesta corporació.

PLANTEJAMENT DEL TEMA

La medicina ha sigut i segueix essent un camp del saber i, a la vegada una praxis, dirigits a l'ajuda de l'home que està malalt o que se sent malalt; saber i praxis que, al llarg de la seva història, de la progressiva estructuració i del seu desenvolupament tecnològic, han passat les naturals vicissituds, en busca de la pròpia teoria -que encara avui no s'ha unificat- i pel fet del seu ràpid progrés, sobre tot en els darrers dos segles, així com per les seves inherents vinculacions històriques, culturals i socials.

La medicina ha tingut com *objectiu* res menys que a l'home -en el coneixement clínic, en la profilaxi i en la terapéutica- i les seves malalties, els seus trastorns i els seus sofriments com a *finalitat*. Del seu llarg procés i desenvolupament, oscil.lant entre el pol de les creences i fantasies mítiques i el de la coherència i sensatesa, tractarem en les pàgines que segueixen, en les que no pretenc -cal deixar-ho clar des d'ara- fer un recull històric de les orientacions, formes i períodes successius fins els nostres dies, sinó subratllar senzillament algunes de les principals tendències que iniciaren el curs de la medicina, altres que al llarg dels anys l'han seguit orientant (o desorientant!) i definint, per acabar suggerint o anticipant actituds i criteris que hem de tenir en compte, cara a la medicina del present i sobretot d'un immediat futur.

Començaré, doncs, referint-me a les medicines pre-heléniques i arcàiques, passant després a comentar els inicis i determinants de la medicina *naturalista*, entenent per tal aquella que s'ha centrat en els nivells «naturals» de l'ésser humà, és a dir, en el cos i en l'organisme. Parlaré, després, de les orientacions mèdiques que, preocupades per quelcom més enllà de la pura naturalesa, s'han ocupat dels aspectes *personals* de l'ésser humà amb les implicacions psicològiques, socials o culturals relacionades amb la malaltia; orientacions, la major part de les quals englobem, avui dia, dintre del terme, a dir veritat poc precís, de *medicina psicosomàtica*. Després faré referència a la anomenada *eubiatria*, considerant-la porta conceptual obligada per incloure la nostre disciplina en la que, finalment, en diré una *medicina integrada*. [1]

Sóc conscient que estem entrant en uns anys en els quals la disciplina mèdica, i sobretot la nostra professió, seran sotmeses a canvis radicals en els seus vessants

[1] Desestimo el terme "integral" per ser habitual sinònim de medicina "holística".

científics, assistencials i tècnics i, no cal dir, en els seus programes sanitaris. Aquests canvis radicals, òbviament determinats pel progrés científic i tècnic, venen a la vegada impulsats per la progressiva *socialització* de la medicina, així com pels factors econòmics i, a la vegada, per la consciència de responsabilitat, per les formes de pensament de tots nosaltres i per l'evolució de les cultures que ens nodreixen i que nodrim. Tal volta algú pensara que un panorama i una situació semblants a les citades els ha viscut ja la medicina, en diverses èpoques històriques anteriors. L'objecció pot ser acceptable tant sols fins a un cert punt, doncs és evident que les condicions accelerades del progrés dels últims decenis mai s'havien produït com ara i que totes les altres variants de tipus cultural, econòmic, polític, administratiu, etc, responen a formes, criteris i situacions en una gran part nous i quasi imprevisibles en el món, uns anys enrera.

Penso que, per un costat, estem heredant les conseqüències d'una ancestral polarització de la ciència mèdica cap als fenòmens interns i externs de tipus físic i, per tant, *naturals* de la malaltia; estem vivint i conreant una pràxi i amb ella uns hàbits pels que metges i pacients es vinculen i limiten als grans mitjans tècnics, exploratoris i de diagnòstic de la medicina del present. Es així com el pacient, desposseït moltes vegades per una banda de la seva qualitat de *persona*, se sent per l'altra amb dret de demanar, quan no d'exigir, les exploracions més costoses en nom de les millores socials que s'han anat implantant en la sanitat; es així, també, com el metge s'allibera del diàleg amb el pacient, excusant-se en les formes precàries de treball en que realitza, moltes vegades, la seva tasca i valent-se, en bona part, dels extraordinaris mitjans tècnics de que disposa. D'aquesta manera s'ha habituat a veure i a manejar els símptomes com a mers elements (d'una patologia), sigui quin sigui el seu possible valor i significació etiopatogènics, a la vegada que el pacient es conforma -de bon grat o per força- a donar per acabada la visita, sense que el metge li doni ocasió per explicar les seves preocupacions personals, encara que en senti la necessitat de fer-ho.

Medicina de net predomini *naturalista*, carença de plantejament *personal* des de les tècniques més avançades, confluència de noves situacions socio-culturals i obligada presència i protagonisme de la sanitat publica, tot això coincidint a la vegada amb uns determinants polítics i econòmics, vet ací la situació actual en que es troben, pràcticament, tots els països més desenvolupats, temes que analitzarem i comentarem al llarg de les pròximes pàgines.

MEDICINES «PRE-HELÈNIQUES»

Entenem per medicines «pre-helèniques» aquelles ja que foren cultivades pels pobles anteriors als grecs, com la medicina egípcia, les orientals o la de Mesopotamia les quals, com és sabut, s'han englobat dins de la *cultura primitiva superior*. Aquelles medicines, com sempre ha succeit i segueix succeint, responien en ultim terme als determinants de les corresponents cultures i fou així com es mogueren en torn de la màgia, del fetitxisme i de formes primitives del pensament definint-se, com explica Lain Entralgo, autor d'obligada referència, per les següents característiques:

1.- Desenvolupament notable de la individualitat humana.
2.- Complexitat de la vida moral.
3.- Reconeixement de la dignitat i eficàcia del pensament.
4.- Intensificació de la noció de culpabilitat.

Precisament, aquesta última característica - els sentiments de culpa- ens sembla especialment significativa des de'l nostre punt de vista, perquè és precisament d'aquell fons anímic i creencial d'on provenien, per algunes d'aquelles cultures, totes les malaurances i tots els desastres, entre ells la malaltia considerada pels asirio-babilònics un càstig dels deus, a causa de les transgressions morals comeses per l'ésser humà. Per altre banda, no podem oblidar que, si bé aquelles formes de medicina han estat superades fa temps, encara afloren en l'home actual, a l'hora de buscar una explicació a la seva malaltia, pensaments i vivències d'arrel màgica que, en ocasions, el porten a caure en practiques més o menys esotèriques o, en un pla de major racionalització, el porten a valdre's de certes *medicines alternatives* a les que no s'ha demostrat una eficàcia científicament guaridora.

Ja en el nostre nivell de coneixements, no podem negar el rol que juguen els sentiments de culpa en la etiopatogenia de moltes neurosis, en l'estructura de certs trastorns obsessivo-compulsius i, fins i tot, la seva aparició a nivell del pensament delirant o en certes formes greus de la malaltia depressiva, hipòtesis que s'apoyen en una rigurosa anàlisi psicopatològica.

GRECIA: SORGEIX LA MEDICINA NATURALISTA

Contrastant amb les medicines arcaiques que acabem de esmentar, en moments històrics posteriors, aparegué la medicina *naturalista* que pren en consideració la *naturalesa humana*, el cos i l'organisme, aixis com les causes físiques internes i externes que poden alterar-los, donant lloc a la malaltia. L'inici del *model naturalista* cal buscar-lo, com sabem, en la medicina grega, la que tingué que obrir-se camí entre les creències prèvies i tradicionals. Efectivament; mentre a nivell del poble grec seguiren encara vigents les fantasies i pràctiques arcaiques lligades a lo màgic, al mite e influenciades pel sentit religiós primitiu de la malaltia; mentre es mantenien pels *asclepiades* certes concepcions *morals* de cultures anteriors, un moviment decidit cap a la medicina *naturalista* s'iniciava a Grècia, apareixent els *fisiologoi* que, com sabem, centraren els seus objectius en el cos humà i quins criteris i coneixements s'ens transmeterien a traves del «Corpus» de Hipòcrates i de l'Escola de Cos, de la que es just citar, també, la figura d'Alcmeó de Crotona de qui es coneguda la seva ja clàssica afirmació segons la qual la malaltia ve produïda «pel desequilibri de les potencies».

Aquesta inicial duplicitat del pensament mèdic grec -medicina *mágica*- medicina *naturalista*- ve manifestada, fins i tot superada en certa forma, en el relat de Sócrates en el seu Carmides en el que el filòsof posa en boca del metge traci el valor de les «belles paraules», a la vegada que recomana certa planta, deixant clar que és amb la coincidència de l'herba i de la paraula com s'obten l'efecte beneficiós per la salut, ja que les paraules son les que fan néixer en l'ànima la prudència i la sabiduria. Tot lo qual aboga, en certa manera, per un tractament físic i psicològic simultanis, com recomanem a vegades els metges d'avui dia. Lo cert és que, desde la nostra posició de clínics del present, és ben reconegut i acceptat el poder terapèutic de les «herbes» -avui dia traspassat als progressos farmacològics-, a la vegada que les paraules també manifestan el seu, no tant sols per la seva *bellesa*, sinó també pel to i per l'afecte amb que son pronunciades, pel seu significat encoratjador i esperançador i per la seva força de sugerir, de fer viure o reviure, es a dir, per la serenitat (sofrosiné) que poden despertar en nosaltres.

La via naturalista, iniciada en la medicina grega, ja mai més s'estroncaria trobant en el seus temps una continuïtat en el pensament d'Aristòtil i continuant-se,

clarament definida, en la medicina de Galè (131-201 d.C.) la qual es centrá en la «teoria dels humors», teoria que fins i tot relacionà Galè amb les qualitats morals del èsser humà. Aquest seria l'inici d'una orientació que, després de segles de tanteig, de busca i d'esforç per la objectivitat, al desenvolupar-se la mentalitat *experimentalista* a partir del S. XVIII i posteriorment els mitjans tècnics necessaris, donaria pas a la que avui coneixem com *medicina científico-natural* i als seus diferents models, alguns d'ells de tant provat rendiment com el model *anatomo-clínic* de Morgagni i Virchow amb la seva *patologia celular*, el *fisiopatològic* de Claude Bernard baix els nous criteris experimentals, el model *etiològic* de Pasteur i de Koch, sense oblidar la *patologia funcional* iniciada per G. von Bergman que fou continuada, en certa forma, en la medicina i en el model de A.D. Speransky i en l'obra, de noves perspectives ja més pròximes a la *persona*, com després veurem, de von Krehl i de R. Siebeck.

Sense extendren's més en referències històriques, considero pertinent comentar que en el posterior pensament i amb les doctrines del cristianisme, el camí vers la medicina *naturalista* seguí obert. Sembla palès que el cristianisme contribuí a definir amb prou claredat la seva postura, prova de lo qual en son exemple les paraules de Jesús, segons el texte de Sant Joan, quan els seus deixebles li pregunten, davant del cec de naixement, si ho era perquè havia pecat ell o el seus pares i el Mestre els respon que «ni ell ni els seus pares, sinó que ho era perquè es manifestesin en ell les obres de Déu».

Sense que vulgui entrar a fons en aquest tema, pròxim a la nostra cultura i, tal volta, a les nostres creences, em sembla apropiat aportar allò que diu Lain Entralgo, autor ja citat, tot insistint en la vigència, entre els cristians dels primers segles, de la medicina de Galè -que com hem dit fou netament *naturalista*-, a la vegada que introduint la novetat antropològica del cristianisme, amparada en les tres següents condiciones:

1.- L'afirmació explicita de l'*intimitat psicològica i moral* de l'individu humà.

2.- L'afirmació rotunda de la radical *supra-mondaneitat*.

3.- La doctrina de *l'amor en la caritat*, d'un amor (agápê) distint del helènic (eros), que comportava la lliure donació d'un mateix.

Cal tenir present que la marxa vers una medicina *naturalista* no es detingué, malgrat les reviscolades bastant freqüents del pensament primitiu sobre tot al llarg

de l'Edat Mitjana, amb el cultiu de practiques de màgia, de supersticions i de bruixeria. Cal arribar certament al final del segle XVII quan Francis Bacon, en el seu «Novum Organum», anticipa ja els principis generals del mètode experimental sense negar-se, per altre costat, als fets i a la necessitat del raonament, postura certament idònea al tema de les interaccions entre soma i psiquis que estem tractant. Per això, de la seva obra ja citada en reproduim uns paràgrafs, especialment significatius i alliçonadors vers una posició *integral* en les ciències:

«Les ciències han estat objecte d'atenció o bé per homes d'experiment o bé per homes de dogma. Els homes d'experiment s'asemblen a les formigues que recullen i utilitzen després els materials; els dogmàtics s'asemblen a les aranyes, que teixeixen la tela fora de llur pròpia substància. Però les abelles resten a mig camí entre els uns i els altres: prenen els materials de les flors del jardí i dels camps i els transformen i digereixen per un poder especial, fins a convertir-los en substància pròpia. Aquesta és l'imatge de la veritable funció de la filosofia; segons ella res ha de residir unicament en els poders de l'inteligència, ni s'ha de prendre tampoc indiferentment tot el que vingui de l'història natural o dels experiments mecànics, i deixar-ho en la memòria tal com arriba, si no que hem de modificar-ho i aprofitar-ho. De la unió intima i sagrada entre aquestes dues facultats, experimental i racional (com mai s'ha fet fins avui), s'en pot esperar molt.»[2]

Fou en el s. XVIII quan, partint de l'obra de Bacon, del sensualisme de Hobes i del racionalisme de Descartes, es produí el clar despertar del *positivisme* -representat en les figures i en l'obra d'August Comte i de Condillac-, moviment que dona pas a les distintes formes de pensament del s. XIX i amb elles a l'establiment de la línea *experimental* fonamentada i definida, en bona part, per la «Introducció a la Medicina Experimental» de Claude Bernard (1813-1878), tot lo qual facilità mantenir i reafirmar, més que mai, el desenvolupament de les orientacions *naturalistes* en medicina, a lo que hi contribuiren, mès endavant, les noves tecnologies, establint-se una vinculació tant intima entre ciència i tecnologia que, sovint, una i altre esdevindran inseparables.

Ara bé; amb l'inmèns guany de millora i de progrés que ha aportat l'evolució de la medicina *naturalista*, hem de preguntar-nos si els seus cultivadors d'ahir i d'avui i, sobretot, el pacients dels nostres dies poden satisfer amb ella les seves

[2] Les traduccions al català són nostres.

esperances, les seves necessitats, els seus anhels de salut o els sentiments de malaltia. Amb altres paraules: és aquest el camí que s'han de traçar el saber i l'art mèdics, dirigint els seus esforços per aliviar o guarir la malaltia?

En els pròxims apartats intentarem esbrinar una mica aquestes qüestions.

MEDICINA I PERSONA. LA MEDICINA PSICOSOMÀTICA.

El terme *psicosomàtica* -introduit al 1818 per Heimroth, defensor del mètode «moral» en certes malalties- a força de ser tant conegut i massa emprat, ens obliga, per la seva polisemia, a definir-lo cada cop que l'usem. Per començar direm que, per nosaltres, no passa de ser un adjectiu que acompanya i califica paraules com medicina, patologia, terapèutica i altres. És a dir: no correspon a un concepte aïllat, puntual i concret, sinó que explica i perfila uns conceptes. I els explica en el sentit d'incloure'ls dins d'un marc en el qual lo «somàtic» i lo «psíquic» s'hi troben i s'hi interrelacionen o, tal volta més exactament, s'hi correlacionen més enllà del que comporta un mer determinisme.

A dir veritat, el terme «psicosomàtic» no pot aplicar-se a tort i a dret com si fos un sinònim, per exemple, de psicogenètic ni de neuròtic, lo que ha donat lloc, en gran part, a la seva imprecisió.

Per altre banda, si bé el pensament i l'actitud psicosomàtics representen una clara aproximació de la medicina cap a la *persona*, al llarg del temps ens ha inculcat freqüentment una imatge i uns esquemes lineals massa simplistes -tant en el sentit psico-somàtic com somato-psíquic-, esquemes que a més de no ser vàlids clinicament han contribuït, com després veurem, a establir la separació i sovint l'oposició entre soma i psiquis. És per això que diu G.L. Engel, referint-se a aquest terme que «és un vestigi del dualisme», posició que ens cal superar, diem nosaltres, malgrat la seva utilitat didàctica i donat que allò que aconsegueix, sense donar-nos'en compte, és habituar-nos a pensar en un èsser humà diferenciat en dos entitats -la somàtica i la psíquica-, allunyant-nos de l'idea de la persona humana com una totalitat. Tal volta per aquesta raó, en la darrera versió de la classificació americana de malalties (DSM-IV), el terme *psicosomàtic* no apareix ni tan sols al índex de matèries, tot i que el

seguim mantenint en la terminologia mèdica usual.

Malgrat tot, podem suposar que la *medicina psicosomàtica* s'ha imposat, com a tal, entre nosaltres i arreu del món mèdic? Certament que no, ni pel que correspon a la practica de la medicina interna i general, ni en les actuals formes d'assistència primària, si bé és innegable que compta, per exemple, entre nosaltres, amb especialistes i amb publicacions tant importants com les de Rof Carballo, Lain, Barcia, Lopez-Ibor, entre d'altres. Però, una cosa es que s'en parli, que se l'estudii i practiqui en certs mitjans, l'altra cosa que es s'hi compti en la clínica quotidiana.

En relació amb el que estem dient, cal constatar que en l'obra de Hoff i Ringel, escrita fa uns anys, ja hi trobem el següent paràgraf:

«... En el domini pràctic és certa la presència de valuoses aportacions aïllades a la realització terapèutica d'*idees psicosomàtiques*; però, considerant-la en conjunt, la *medicina psicosomàtica* no ha aconseguit afiançar-se, ni tant sols aproximadament, tot i tenint l'importància que té. Si pensem que aquí està en joc un perfeccionament de les possibilitats terapèutiques i, amb això, les esperances de curació del pacient, en deduïm l'obligació moral i professional que tenim d'analitzar els motius d'aquesta crisi i de proposar solucions a la mateixa».

És cert, doncs, que lo habitual ha sigut, i ho és encara, l'exercici d'una medicina centrada en el cos, quan no limitada al símptoma, en especial en els seus aspectes patogenètics, sense negar que el metge recull i valora en la seva pràxis, aspectes autobiogràfics o psicosocials del pacient. Però penso que, ni en aquests casos, respectant clares i meritòries excepcions, pot dir-se que la medicina en la pràctica ha estat o es *psicosomàtica*, lo qual no s'explica tan sols per la falta de preparació dels professionals.

Tanmateix, cal tenir en compte que al factor d'insuficient preparació, fet ja palès a nivell dels estudis universitaris, n'hi hem d'afegir d'altres per comprendre el baix i relatiu «èxit» d'aquesta medicina. En aquest sentit hem de preguntar-nos, per exemple, si les hipòtesis, de fa uns 50 anys, de F. Alexander als Estats Units sobre el paper dels conflictes intrapsiquics en diversos *trastorns psicosomàtics*, poden arribar a ser compreses pel metge general i, en cas afirmatiu, fins a quin punt poden ser verificades en el seu paper etiològic i en el procés patogenètic. Hem d'acceptar que les recerques en psicosomàtica, per exemple en els camps de l'ulcus gastroduodenal o de l'artritis reumatoide, per no citar-ne d'altres, resulten moltes

vegades poc convincents, tant pels mètodes de recerca com pels seus resultats, i a voltes fins i tot vulnerables pel metge, avesat a uns esquemes de treball molt més objectius. Caldria també preguntar-nos si, al menys en els nostres àmbits mèdics, els metges es troben ben predisposats per investigar en *psicosomática*, per treballar en equip amb el psiquiatra, el psicòleg, el sociòleg, l'assistent social, etc, etc, i per plantejar-se les relacions i el sentit *holistic* que cal descobrir en l'organisme que es tracta i en els fets i continguts psicològics, biogràfics i psicosocials que es produeixen i que guarden relació amb la malaltia. Per corroborar el que hem dit, acabarem aquest punt reproduint un paràgraf de H. Weiner, conegut Professor de Psiquiatria i Neurociències en el Albert Einstein College of Medicine de Nova York:

«La medicina psicosomática busca explicar eventualment com els estímuls psicosocials son transportats a través de canvis aguts o crònics a la estructura i a les funcions fisiològiques i bioquímiques. A pesar de totes les reivindicacions en sentit contrari, el fet és que no hem reunit ni dades empiriques ni els instruments essencials per a comprendre tals fenòmens... Hi han molts llaços desconeguts en la cadena dels fets que van desde'l símbol al canvi fisiològic."

És a dir, afegim nosaltres, segueix viu i candent el problema que el gran patòleg gallec Novoa Santos n'havia dit de «la sutura cuerpo-alma» i que Freud havia esmentat com «el misteriós salt de la ment al cos», talment com si encara es mantingués l'oposició, no necesariament l'enfrontament, entre «res cogitans» i «res extensa».

Per altre banda, cal tenir en compte que en la clínica, hem de ser prudents a l'hora d'establir hipòtesis psicosomátiques doncs ni sempre ni en tots els casos la patologia és interpretable d'entrada com a tal. En aquests sentit és adient acceptar que etiològicament una malaltia pot iniciar-se i ubicar-se en el cos, concretament en algun dels seus organs o sistemes, dintre d'una patogènesi somàtica; ara bé, inclús en aquest cas, és la *persona* la que va emmalaltint i la que, com a tal, contribuirà a definir el curs, l'evolució, les conseqüències i no cal dir les repercussions biogràfiques del trastorn, amb lo qual ja estem un altre volta en el camp de la realitat *psicosomática*. Anàlogament, en sentit invers, cal acceptar que trastorns primàriament psíquics, com per exemple certes formes de neurosi, podem implicar, secundàriament, diferents òrgans o sistemes somàtics, pels mecanismes de *somatització*, constituint novament un trastorn de la totalitat.

Finalment, des d'una vessant que guarda cèrta relació amb lo que venim dient, em sembla evident que l'*esperit d'ajuda* i, en certa manera, la predisposició a comprendre o compartir el sofriment dels demés corresponen, en certa manera, a una *actitud psicosomàtica*, actitud que, cal reconèixer ha estat capaç d'adoptar l'home - i no cal dir el metge- fins al grau de la *caritat*, dins i fora del context religiós, i de la que els clàssics en parlaven, tot referint-se al facultatiu, amb els termes «plenus misericordiae et humanitatis».

MEDICINA ANTROPOLÒGICA

Les raons històriques, culturals o científiques que determinaren les distintes orientacions de la medicina psicosomática, penso que, fonamentalment, foren aquestes tres:

- l'*observació i la realitat clínica* que sovint aporten fenòmens, dades, fets i signes que escapen al marc explicatiu *naturalista*.
- els propis *pacients* que, freqüentment, ofereixen -i demanen!- al metge, quan aquest sap o vol escoltar, altres vies de comprensió i d'ajuda, al marge dels raonaments fisiopatològics i de les terapèutiques somàtiques i
- els *fonaments culturals i «morals» del metge* que poden conduir-lo, per no dir obligar-lo, a buscar la comprensió dels fenòmens que se li presenten en la clínica, més enllà de lo natural i de lo físic.

Absurd seria menysprear allò que el bon sentit i l'experiència clínica ens fan evident: que ambdós formes de pensament *naturalista* i *personalista*- no s'exclouen, sinó que es complementen i, lo que és més important, poden integrar-se, portant-nos a una aproximació o a una síntesi explicativa de la malaltia. Com pot comprendre's, res del que sabem a nivell de la medicina naturalista i experimental ens sobra, però, és evident que, al llarg de la *relació metge-pacient*, aquest mostra una perspectiva antropològica del que li passa, molt més amplia i profunda, si la podem o volem veure. Per això, com hem dit en altres ocasions, cal que sorgeixin en el mon mèdic mentalitats integradores, capaçes de compaginar els coneixements i sabers que ens arriben per camins i orientacions dispersos i diversos, en una síntesi *holística* i que ens ensenyin a incorporar, per exemple, allò que comporten les modificacions bioquímiques del SNC dintre del context global de la malaltia i del comportament

humà o que, en termes més generals, ens mostrin com hem de valorar els fets i els descobriments biològics en els marcs i continguts psíquics i socioculturals en els que viu el pacient, amb els seus valors *personals* i les seves pròpies creences.

És cert, que el cos, en quan organisme està en la base de la nostra naturalesa i de tota manifestació vital, però no ho és menys que aquest cos juga en la nostra vida i en la nostra existència uns papers variables i complexos, segons les formes com és viscut per nosaltres mateixos, i que van des de considerar-lo una cosa u objecte, més o menys allunyat del nucli del jo -el *cos que tenim*-, al cos que ens constitueix i ens identifica, és a dir el *cos que som*, també calificat com a *cos viscut* - "*intracuerpo*", com l'anomenà Ortega- i que ens cal, ademés, dar-nos compte de les seves funcions com a mitjà de *comunicació* i de *relació* amb els demés i amb el món. Tot lo qual ens porta a preguntar, quin d'aquests aspectes del cos cuida la medicina i els metges.

Sens dubte, en termes generals, la medicina cuida el *cos que tenim*, el cos objecte, però -després del que portem dit- se'ns fa evident que la medicina no pot realitzar la seva missió oblidant i deixant al marge les altres significacions i nivells reals del cos, el conjunt de les quals és l'escenari viu i expressiu de nosaltres mateixos i la base de les nostres necessitats, dels nostres afectes i de les formes de comunicació i de relació amb tot el que ens rodeja. La medicina s'ocupa, tanmateix, del cos que esdevé, a la vegada, pont per la comunicació món intern-món extern i camí que permet establir les vies cap a la interioritat de l'ésser humà. En aquests sentit, ja s'ha dit que lo important és «la relación que se establece entre la conciencia del sujeto y el mundo que le rodea» y que «esta relación siempre se establece a través de nuestro cuerpo» (Lopez-Ibor, Lopez-Ibor Aliño).

Si en un primer pla pot manifestar-se al clínic el cos malalt amb les seves estructures anatòmiques o funcionals afectades, cal no oblidar que aquest cos correspon, obviament, a un nivell fonamental i bàsic de la «persona» i del individu. Però hem de considerar quelcom més: l'individu, a part la seva complexitat antropològica, viu inmers en un món amb el que manté unes formes d'interrelació que ja foren anticipades i expressades en el senzill i a la vegada complert esquema de Victor v. Weizsaecker, al incluir «organisme» i «món» dins d'un mateix circuit, indicant les inqüestionables i mutues relacions d'ambdós, i, més clarament encara, en el seu concepte de «Gestaltkreis» que inclou la relació entre sensació i movi-

ment. Aquest mateix important concepte fou després recollit en certa manera, a un nivell psicofisiològic, per autors com Werner i Wapner en la seva «teoria sensoriotònica de la percepció» i, entre nosaltres, fou objecte d'atenció pel Professor Lluis Barraquer i Bordes Académic i Professor extraordinari de Neurología i Neuropsicología a la Universitat de Navarra, en el seus estudis i publicacions sobre la patologia del tò muscular. És precisament, partint d'aquestes perspectives, que ens mostràvem insatisfets, en certa manera, dels estrictes esquemes psico-somàtics atès que es refereixen sovint a uns nivells intrapersonals i corresponen a formes d'interacció psique-soma unidireccionals, mès o menys elementalistes, i no als esquemes circulars jo-mòn, propis dels processos i conductes del èsser humà com a realitat individual i social i de la seva patologia.

En arribar aquí volem referir-nos a alguns aspectes del camí seguit, en el procés evolutiu de la medicina, en busca dels objectius d'una medicina antropològica[3] . Com és sabut, l'escola de Heidelberg amb L. Krehl, v. Siebek, -considerat aquest últim introductor de la *historicitat* en medicicina-, i el ja citat v. Weizsaecker foren els més importants iniciadors de la medicina pròpiament *antropològica*, orientació que, durant els primers decennis del nostre segle, influència algunes de les escoles mèdiques i psiquiàtriques europees. Però es donà la circumstància que aquesta *medicina antropològica*, que uns anys després es desenvoluparia en el camp psiquiàtric, en la orientació antropològica i existencial -inspirada en diversos autors com Husserl i Heidegger en el camp de la filosofia i per Binswanger, Zutt, Boss i Strauss, entre altres en el camp de la psiquiatria i la psicoteràpia- no aconseguí, menys encara que la clàssica *medicina psicosomática*, fer-se amb un lloc en la medicina, per varies raons: una d'elles, la seva procedència i el seus raonaments, provinents del pensament filosòfic (prescindím aqui de l'influència psicoanalitica d'alguns dels seus promotors com, per exemple, el mateix v. Weisaecker), quina comprensió requeria una formació de la que no disposava en general el metge; una altra raó fou que corresponia més a una forma d'interpretar i analitzar l'existència humana del pacient que a una tècnica o a un mètode terapèutic, aplicables a la comprensión de la medicina clínica o inclús a la psicoteràpia en el camp de les malalties psíquiques. El propi Binswanger ho dona a comprendre al exposar que la seva teoria és més aviat una forma d'aproximació a un «mètode d'exploració i comprensió del ma-

[3] Cal alertar sobre la frecuència i inadecuació en que els termes *medicina antropològica* s'identifiquen amb els de medicina psicosomàtica.

lalt», mètode que vé estrictament limitat «al problema de la comunicació» amb aquell; i una última raó, molt relacionada amb el que venim dient, fou que es tractava d'una proposta de medicina sense uns criteris i sense un programa operatiu i, per tant, sense una idoneïtat per una sistemàtica aplicació a la medicina dirigida, cada cop més, a les necessitats socials. Cal reconèixer, però, que tant els promotors de la *medicina antropològica* com les seves publicacions corresponents contribuïren, molt positivament, a establir els adequats coneixements i la necessària consciènciació del que vol dir, representa i comporta una medicina centrada en la «persona».

MEDICINA PSICOSOMÀTICA I ORIENTACIONS PSICODINÀMIQUES

El pont, tal volta més fructífer, per aproximar la medicina vers una perspectiva psicològica, en molts aspectes més «personal» i, fins i tot, referida al entorn social fou, sens dubte, el que establí Sigmund Freud amb les seves teories psicoanalìtiques i amb les seves hipòtesis en torn a l'inconscient. Si bé no és aquest el lloc per exposar-les, voldria fer referència a alguns aspectes particulars que contribuiran a confirmar el que venim dient.

En un primer lloc, el caràcter *relacional* que s'establí en la terapia psicoanalìtica i el valor que adquireix la paraula i l'entrevista, portant-nos a fer una medicina «dialògica». Amb aquest nou plantejament, a la busca dels traumatismes i sofriments personals conscients o inconscients, la psicoanàlisi situa els fets biogràfics del pacient en un punt que permet arribar a entreveure o a descobrir, i sovint a comprendre, les seves ansietats i a partir de les mateixes, la seva neurosi i altres posibles formes de patologia.

Per altra banda, la metodologia de treball que aporta la psicoanàlisi permet crear i aprofundir la «*relació metge-pacient*» -no oblidem els processos de transferència i contratransferència que, entre d'altres, es produeixen al llarg d'aquesta terapia- base, a la vegada, per successives interpretacions d'altres situacions viscudes. Es tractà, doncs, d'unes noves aportacions i criteris terapèutics, com nova fou, també, la manera de donar significació al símptoma i a la patologia pel model psicoanalìtic, aportacions i criteris que esdevingueren un impuls fonamental vers a una medicina *psicosomàtica*. Es per això que estem plenament d'acord en que Freud,

si bé no es pot considerar un fundador de la patologia psicosomàtica, en fou al menys el «possibilitador», com afirmà Lain Entralgo.

Dins d'aquesta línia, si bé -com diu Rof Carballo- amb una relativa autonomia del pensament psicoanalític, hem de referir-nos a les escoles psicosomàtiques americanes, abans citades, i molt especialment a les hipòtesis de F. Alexander amb la seva teoria de la «especificitat de personalitat», de Fl. Dunbar en torn de la «especificitat de l'emoció», així com a Meninnger, Wolf i altres, hipòtesis en general més concretes i aplicables a la clínica diària, pròpies d'una versió de la psicoanàlisis «made in USA», que aquelles de les escoles germàniques de la *medicina antropològica* que, com deiem abans, es desenvoluparen, més aviat, en un pla més conceptual i teòric, deixant a l'aire aspectes metodològics i la seva aplicació experimental a entitats nosològiques concretes.

Retornant a les concepcions psicoanalìtiques, hem d'acceptar també que la seva tècnica i mètodes de treball clínic, exceptuant les teràpies grupals d'orientació dinàmica, i, en certa manera, les psicoteràpies breus amb la mateixa orientació (Malan, Knobel, Braier) presenten, també, òbvies dificultats dins del exercici d'una medicina comunitaria i, sobre tot, d'una assistència de projecció social que tindria que estar oberta, pràcticament, a tota la població necessitada.

En un pla més conceptual, penso que una altra limitació de la psicoanàlisi ha estat, al menys en els seus orígens, la referència casi sistemàtica als nivells pulsionals de la persona, dels que en feu el centre nuclear de la teoria. Ara bé; també cal constatar que el successiu desenvolupament de les concepcions psicoanalítiques ha ofert una clara apertura cap a altres nivells i aspectes de la personalitat i de la malaltia; recordem, per exemple, les hipòtesis *interpersonals* en l'obra de H.S. Sullivan centrades en els procesos de la comunicació, així com els punts de contacte amb les diferents hipòtesis *biològiques* i *cognitivo-conductuals* dels darrers anys, temes ja tractats en les publicacions de Greenfield i Lewis i, més recentment, de M.H.Elderlyi o en les de D. Widlocher, entre d'altres.

Cal constatar, també, en relació amb les dificultats que pot oferir la psicoanàlisi al metge no especialitzat, a l'hora de comprendre o d'assolir ja no la tècnica però si, al menys, les concepcions psicoanalìtiques, el caire que pregueren algunes escoles psicoanalìtiques més recents com, per exemple, la francesa de Marty i De M'Uzan adoptant uns criteris molt clínics i, creiem, més assimilables pel metge en general.

Segons les seves hipòtesis el pacient psicosomàtic es caracteritzaria per una forma de *pensament operatori* i una incapacitat per a les operacions simbòliques, lo qual es manifesta, en darrer terme, en la seva dificultat per expressar verbalment els seus conflictes i sofriments. Amb altres paraules, podem dir que aquests pacients psicosomàtics no saben o no poden expressar amb paraules els seus continguts mentals i les seves ansietats, per lo qual passen a fer-ho, llavors, per mitjà dels símptomes de *somatització*, molt ben estudiats i descrits per Lipovsky i que McDougal defini com «la tendència a parlar amb el llenguatge del cos», llenguatge expressiu al que abans ja ens hem referit. Com diuen els esmentats psicoanalistes francesos «el malalt psicosomàtic dona la impressió que el seu interès profund està absorbit per allò que podríem dir-ne un objecte interior somàtic», el qual «a diferencia de l'objecte intern del neuròtic...presenta certa opacitat de sentit, certa resistència a l'interpretació i, a més, es presta poc o malament a ser traspassat a una activitat mental conscient, fantasmàtica o intel.lectual».

Aquesta és, també, la orientació del psiquiatra americà P.E. Sifneos amb la seva teoria de l'*alexitimia*, terme que literalment significa «sense paraules per l'humor» i, segons la qual, certes persones tenen especials dificultats per processar verbalment el seus sentiments, poguent caure i expressar-los, llavors, per les distintes formes de patologia psicosomàtica. Una altra qüestió, pensem, és la de si aquestes concepcions, tant la del *pensament operatori* com l'*alexitimia*, mereixen ser considerades base d'una concepció nosològica o són, més aviat, simples trets de les respectives personalitats. Cal no oblidar que altres autors les han relacionat amb el resultat de certes medicacions, amb mecanismes psicodinàmics o, també, amb possibles alteracions neurològiques. Per la seva banda, Ahrens i Diffnneo expliquen l'alexitimia com un fenomen de contratransferència i McDougal la considera una defensa contra les ansietats psicòtiques, en tant que Rof Carballo ha escrit que el «llenguatje operatori» és el resultat d'un procès d'*esclerosi* del llenguatje sagratmístic i màgic que hi havia a l'infancia. Finalment, pensem nosaltres, partint del fet de que, entre la gent del camp es troba una major tendència a somatitzar, podrien vincular-se aquests fenòmens amb factors socio-culturals.

En tot cas, el fet indiscutible és que estem devant d'uns plantejaments més operatius que, fins i tot, han sigut objecte d'estudi amb una metodologia experimental que, per exemple, en el cas de l'alexitimia, ha permès establir la seva relació amb els factors educacionals i socio-econòmics (Kanhanen) a què aludíem.

SOMATITZACIONS I TRASTORNS AFECTIUS

Una altra aproximació, aquesta desde vessants més clínics i psicopatològics, al tema dels trastorns psicosomàtics, ha estat plantejada en el camp dels estats depressius. És conegut que, en la practica clínica, certs trastorns psicosomátics, als que no es pot trobar una base orgànica, tot i realitzant les exploracions somàtiques més fines i exhaustives, no són més que *somatitzacions* pròpies d'un estat depressiu. En aquests casos es parla de *depressions somatitzades* i també d'*equivalents depressius*, entrant unes i altres dins de l'ampli espectre de les *depressions larvades*. En elles, com en tot trastorn depressiu, existeix una alteració nuclear de l'estat d'anim que correspon a una baixa del humor vital. Però, així com aquest trastorn - que inclou la tristesa vital com a manifestació psico-patològica- pot mostrar-se, en les formes clíniques típiques de depressió, predominant dintre del quadre clínic, en les formes a que ens referim aquí el pacient acudeix al metge, habitualment al generalista, amb queixes somàtiques que van des d'unes cefalees, a vertigens, alteracions digestives o circulatòries, trastorns de l'aparell locomotriu, etc.etc.. En aquests casos, cal fer una minuciosa anamnesis i acurada entrevista per descobrir-hi, darrera les queixes del malalt, la simptomatologia psíquica que ens portara a pensar en el trastorn depresiu causal. A la vegada, altres característiques del quadre clínic general permeten establir el diagnòstic de trastorn afectiu, i que seguint en bona part a J.J.Lopez-Ibor, recollim en els següents punts:

1.- No apareix cap alteració en les exploracions somàtiques en favor de l'organicitat del símptoma o símptomes.

2.- Solen trobar-se, en aquests malalts, antecedents de fases depressives anteriors.

3.- Descobrim, amb certa freqüència, antecedents de tipus depressiu o psicosomátic en els familiars pròxims.

4.- Sol tractar-se de molèsties (somatitzacions) que cursen amb un certs ritmes (circadians i/o estacionals) anàlogament a com ho fan els trastorns de les depressions típiques.

5.- La resposta *ex-juvantibus* amb medicaments antidepressius, correctament administrats, sol ser favorable.

Recordarem, també, com els trastorns psicosomàtics, en les seves múltiples formes de presentació i d'ubicació, obliguen molt sovint a establir diagnòstics dife-

rencials amb trastorns per ansietat, hipocondríacs, obsessius, histèrics,etc. sense descartar, si bé amb menys freqüència, la patologia psicòtica i delirant i certs quadres de tipus neurològic. Una bona descripció de les *depressions larvades* i dels *equivalents depressius* la trobem, també, en distintes publicacions de P.Kielholz, Professor que fou de psiquiatria a l'Universitat de Basilea i, durant molts anys, president i propulsor del Comitè Internacional per la Prevenció i el Tractament de les Depressions, entre quins membres he tingut, i encara tinc, l'honor de ser-hi contat. Com pot deduir-se, aquests tipus de «somatitzacions» es produeixen per uns mecanismes patogenètics equivalents als altres de la síndrome depressiva i responen a les mateixes terapèutiques psicofarmacològiques, lo qual vingué a obrir un altre perspectiva explicativa de certs aspectes de la medicina psicosomática, raó la qual hem considerat oportú fer-hi referència en aquestes pagines.

ALTRES APORTACIONS PSICOLÒGIQUES I BIOLÒGIQUES

Per acabar aquest apartat, en torn de les concepcions mediques i psicològiques que han contribuït al desenvolupament de la *medicina psicosomática*, hem de mencionar les aportacions de les teories cognitives i de l'aprenentatge a la patogenia i a la terapèutica de aquest trastorns, mereixent citar-se les experiències i les publicacions dels psiquiatres de l'escola catalana, entre ells M.Valdes i T.de Flores entre d'altres. Alguns d'ells, conjuntament amb psiquiatres i metges de diferents especialitats, foren els promotors de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, de la que fou primer president el Professor Joan Obiols (+), i quins congressos son mostra evident de l'interès que aquesta patologia despertà i segueix despertant en el nostre pais.

Cal valorar adequadament que les teories cognitivo-conductuals a que ens referim estan bastant pròximes, per la seves metodologies de treball, als esquemes conceptuals i als mètodes de la medicina naturalista i que son, avui dia, objecte d'especial atenció pel seus continguts, bons rendiments terapèutics i, fins i tot, pels punts de coincidència o de complementació amb alguns aspectes de les concepcions psicoanalitiques, tema que ha estat objecte de importants recerques i publicacions com l'esmentada obra de M.H.Elderlyi.

Finalment, dins d'aquest apartat, si bé plenament pertanyents als vessants naturalista i, més concretament, biològic, cal citar fins a on han contribuït a l'aclariment de certs processos i mecanismes psicosomàtics les teories de l'estres (H. Selye) i les aportacions de la neurofisiològia, especialment aquelles centrades en el sistema limbic i en el lòbul temporal (McLean), així com en la formació reticular i en els denominats «sistemes preferencials» (Pribram), temes que conten, també, amb aportacions recents tan valuoses com les del Professor Lluis Barraquer.

Amb lo que hem exposat fins aqui preteníem donar una panoràmica general de les principals bases i orientacions de la *medicina psicosomática,* així com quines han sigut les actituts i activitats del metge, al llarg del segles, en torn del problema de les relacions cos-anima, soma-psique. Sense pretendre recapitular les pàgines anteriors, podem constatar que la medicina s'ha anat balancejant des de els vessants *naturalistes*, cal dir somàtic, orgànic i, en sentit més ampli, biològic als *personalistes*, especialment representats per les escoles antropològiques i psicoanalítiques i aquelles especificament anomenades psicosomàtiques. Unes i altres, però, malgrat la seva significació teòrica, doctrinal i clínica, han tingut escassa repercussió sobre el pensament i la praxis mèdica general. Hem vist que, ni tant sols aquelles orientacions psicosomátiques sobre les que més ens hem extés, per considerar-les inherents a la medicina, han estat valorades, reconegudes i aprofitades per la clínica, a l'hora d'establir les possibles bases patogenètiques de la malaltia. Si no podem negar que la medicina ha presumit, a vegades -no pas sempre!-, d'un cert psicosomaticisme, en la seva praxis la consideració dels factors psicològics i psicosocials ha estat mínima, de manera que, encara avui dia, la medicina segueix evolucionant i desarrollant-se d'acord amb els esquemes científico-naturals, en tant que aquells aspectes relacionats amb els fets «personals», o no es tenen en compte o son vistos com a mers co-determinants d'una causalitat que, en realitat, ni s'explica ni es pot completar moltes vegades sense tenir-los en compte.

És evident que els senzills i rutinaris consells, per part del metge, com, per exemple, «això és nerviós» o el repetit «no s'amoini» o el «prengui-ho amb calma» no són pautes ni normes terapèutiques d'orientació psicosomàtica ni «personal», sinó més aviat meres fòrmules verbals de consolació del malalt, al qui produeixen sovint una certa frustració, al no sentir-se plenament atès o comprès.

Per altre banda, tots sabem fins a quin punt, per cert ben limitat, la medicina acadèmica ha incorporat en el seu currículum les hipòtesis, criteris i temes antropo-

lògics i fins a quin punt la formació universitària del metge no inclou, a suficient nivell, els aspectes psicològics i socials del malalt i de la malaltia, lo qual ens porta a comprendre quan poc el metge s'ha sentit interessat per aquestes qüestions, en comparació amb lo que s'interessa, per exemple, per un nou antibiotic o per una nova tècnica de cirurgia. En altres paraules, diríem que el metge ha tingut i ha mostrat, en bona part per l'orientació dels ensenyaments rebuts, una clara preferència pels fets, dades i situacions objectius i somàtics. Tot lo qual ve corroborat en el paràgraf del Professor xilé F. Lolas, que reproduim tot seguit:

«La preeminencia del punt de vista biotècnic ens ha portat a privilegiar la definició de salut i malaltia com a *objectes biològics*, entenent com a tals aquelles construccions teòriques que deriven i s'afiançen en la racionalitat tecnològica».

MEDICINA I PERSONA, A CASA NOSTRA.

Com vèiem, s'han donat, a casa nostra, raons prou importants perquè es produïs el citat fenomen de desinterès o rebuig, en la nostra professió, a les orientacions de la medicina «personal». Cal reconeixer, però, que actituds similars, en un grau no gaire diferent, poden trobar-se en la medicina d'altres països occidentals, independentment del seu nivell científic, socio-cultural i econòmic.

Per altra banda, no és una qüestió actual, sinó que ve de segles: hem considerat en pàgines anteriors allò que ha succeït des de la medicina grega fins, pràcticament, el segle XIX i hem comprovat que molt poques personalitats i orientacions s'han interessat per una medicina centrada en la *persona*.

Tornant una mica enrera, concretament als segles XVII i XVIII, els progresos que fa la medicina es donen en els aspectes anatòmics i fisiològics fonamentalment, així com en la seva configuració i organització acadèmica i profesional, de lo que en donen testimoni la creació d' institucions com la de l'Academia Lincei a Roma (1601), la Royal Society a Londres (1662) o L'Academie Royal de Ciències a Paris (1666). Ara bé; no creiem que aquestes institucions contribuisin a la personalització de la medicina, sinó més aviat facilitaren el progrés naturalista.

Es així que entre les poques figures senyeres que obriren la medicina en un sentit antropològic o psicològic podríem citar les figures de Paracels, en el segle

XVI i la de Sydenham, en el segle XVIII, que han sigut objecte d'atenció i d'estudi per P. Lain Entralgo i, mès recentment, per D. Barcia Salorio. Com explica el primer d'aquest autors, Sydenham mantiguè una postura personalista i humanista en el terreny clínic per explicar, especialment, la histèria; però, en canvi, com a patòleg va ser «víctima de la configuració que impossaren a la seva mentalitat dos hàbits propis de la seva situació històrica: el radical e imperant *naturalisme*» de la patologia europea del seu temps i el *mecanicisme* de les ciències naturals despertat, en bona part, desde l'obra de Bacon i de Decartes. Referent a Paracels direm, sense entrar en més detalls, que es debatí entre els anhels classificadors, oberts a una perspectiva *naturalista* i ràfagues d'un *humanisme* un tant confús i equívoc, no mostrant una continuïtat en els seus escrits, ni una unitat de criteri per establir una orientació pròpiament *personal*, donat que barrejava, molt sovint, alusions als esperits, a forces estranyes i a les pròpies creences, amb les influències màgiques, freqüents encara en la seva època i amb les seves peculiars teories sobre l'univers.

De fet, tinguérem que esperar, com hem vist, les orientacions antropològiques i psicoanalítiques, dels finals del darrer segle i de principis de l'actual, a que s'establís de manera més o menys fonamentada, una medicina *personal*.

A continuació, ens volem referir encara que molt breument, per la seva importància senyera dintre del nostre tema, a les aportacions de tres figures mèdiques espanyoles: J. de Letamendi, P. Lain Entralgo i J. Rof Carballo.

J. de Letamendi

És a finals del segle passat quan trobem, entre nosaltres, una personalitat tant significativa com la del Dr. José de Letamendi, quin pensament holístic i integrador tant bé sintetitzà en la seva coneguda sentència «el hombre es un solo ser, el cuerpo es un solo órgano, la vida una sola función» i quina obra va ser clara demostració dels seus múltiples interessos, inquietuds i habilitats en els terrenys científic, humanistic, i fins i tot, artístic, concretament en el camp musical.

Fou R. Sarró, al que ens hem referit ampliament en la primera part d'aquest discurs, qui va fer una clara alusió a les particulars aportacions de Letamendi a la medicina psicosomàtica, en un interessant paràgraf en el que comenta les diferencies entre els pensaments de Letamendi i de v. Weizsaecker, un dels pares de la medicina antropològica i psicosomàtica, com hem vist abans, diferències que es concre-

ten en els següents termes:

«...de una parte, en el lenguaje; en Letamendi es mecánico como en Freud; en Weizsaecker tiene como trasfondo la filosofía de Schelling y su irradiación en el Romanticismo alemán médico-psicológico de Carus y Schubert; de otra parte, porque mientras Weizsaecker atribuye al plano vital procesos psíquicos complicados, Letamendi, más prudente, le atribuye reacciones elementales de antipatía y de repulsión impulsadas por una fuerza finalista más instintiva que verdaderamente inteligente».

Amalgama d'encertats i reconeguts sabers i coneixements mèdics, d'originalitats i peculiarismes com la seva fòrmula de la vida V= f (IC), en que la defineix en funció de l'energia individual i de les energies còsmiques, de crítiques apasionades que anaven desde la que ell califica d'indecència dels metges de la època de Galè, fins a la *turba medicorum* de bona part dels galens de l'Edat Moderna que jutjà com «una peste para la humanidad doliente», l'obra de Letamendi fou un evident activador vers una medicina antropològica, però un activador que deu llegir-se amb serenitat i amb esperit seleccionador d'allò verdaderament aprofitable -que no és poc! , separant-ho de la brossa i de les seves escomeses impulsives i iconoclastes, sense passar per alt que el seu partidisme hipocràtic costa de lligar, moltes vegades, amb la seva ja esmentada orientació antropològico-personalista.

P. Lain Entralgo

Una personalitat que ha contribuït molt positivament al coneixement de la medicina psicosomàtica al nostre pais i que citem aqui molt breument, doncs l'hem esmentat i ens hi hem bassat en pàgines anteriors, és la del Prof. P.Lain Entralgo. A ell debem, entre altres, una obra titolada «Introducción historica al estudio de la patologia psicosomatica» que cal considerar punt obligat de referència per tot treball que s'ocupi dels antecedents històrics d'aquesta orientació mèdica. L'obra de Lain Entralgo a que ens referim, com totes les produccions d'aquest verdader mestre, afegeix a la documentació històrica i humanística uns criteris avaluatius i uns punts de vista personals de primer ordre sobre les questions que desenvolupa, amb l'aventatge que en ser una autor prou reconegut a casa nostra, se n'ha fet als últims decenis una àmplia difusió entre la classe mèdica, contribuint notablement a crear consciència del valor que tenen, en tota la patologia mèdica, els fets i continguts

psicològics de l'home malalt. En fi, la seva visió i revisió històriques de la *patologia psicosomàtica* crec que ens obre els ulls no només al «d'on venim», sino que ens inclina cap a la comprensió del «a on anem», que no gratuitament descriu Lain, com un dels seus propòsits, la demostració «de que el *camino de la historia* es tan necesario como el *camino de la realidad* para el logro de un saber científico cabal».

J.Rof Carballo

Finalment, cal citar al Dr.J.Rof Carballo com a propulsor i cultivador de primer ordre de la *medicina psicosomàtica* a casa nostra. La labor de Rof Carballo com a clínic, com a investigador i com a escriptor mèdic i humanista, ha estat d'una amplitut extraordinària. Aqui no ens proposem fer una apologia d'aquest pensador -ni ens correspon ni és ja necessària-, sinó que ens limitarem a referir-nos a un dels seus llibres, tal vegada el de més contingut i actualitat científica, «Urdimbre afectiva y enfermedad». I el citem perquè, des del nostre punt de vista, és una obra fonamental per tota persona que vulgui endinsar-se en la comprensió profunda del fet psicosomàtic. Es aquí a on Rof, partint del concepte de *sistema transaccional*, planteja el ben conegut, avui dia, concepte de l'*ordit afectiu*, últim nivell en les formes i en els graus de relació interpersonal, anticipat en certa manera en els conceptes de diada, relació d'objecte i sobre tot d'encuny. Gràcies a aquesta forma de relació, a nivell mare-fill, una i altre es van influenciant i modelant, a la vegada que es transmeten les influències dels mons en els que viuen. Quina forma més subtil i real, pensem, d'introduir-nos en aquesta situació d'interaccions psicosomàtiques i interpersonals! Acabarem dient que tota l'obra de Rof Carballo, iniciada en el camp de la medicina interna, en la que ja sobresortí la seva Tesi Doctoral sobre els àcids grassos, portà la imprompta d'un pensament i d'una vocació que sembla respondre a una essencial vivència psicosomàtica d'aquest autor. No perquè sí, escribia el pròpi Rof Carballo que «...por la índole de mi formación o por personal contextura, me ocurre que no puedo comprender de manera satisfactoria un problema psicológico, sino vislumbro, al mismo tiempo, su correspondencia neurofisiologica», actitud i sentiment que hauriem de fer nostre tots els metges, davant de tot problema tant psicològic com somàtic.

Podríem citar-ne d'altres metges i d'investigadors espanyols i no cal dir d'altres països que, en el nostre segle, contribuïren positivament el desenvolupament

de la medicina *personalista* però -com hem anticipat a l'inici d'aquestes pagines- no pretenem fer una revisió historica exhaustiva, sinó valdre'ns de certes cites i referències històriques que contribueixen a la comprensió del tema central d'aquestes pàgines.

LA EUBIATRIA DE E. MIRA I LOPEZ

És obvi que la medicina, com anàvem veient, té que prendre en els pròxims anys un altre caire. Al afrontar aquestes questions em sembla oportú valdren's de les idees que el Dr. E. Mira i Lopez, primer professor de psiquiatria a la universitat catalana, exposà a l'any 1963, pocs messos abans de la seva mort, en una conferència que pronuncià a la Facultat de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo, al nord de la Republica Argentina, conferència en la que, segons era frequent en el pensament de Mira, s'anticipà a l'ulterior evolució i complexa problemática de la medicina dels nostres dies.

D'entrada subratllava E. Mira el contrast entre el favorable desenvolupament tècnic de la medicina, en els seus anys -certament, no tant llunyans- i certs senyals negatius «que poden significar una amenaça molt seriosa, per el futur de les nostres activitats», encapçalant la relació d'aquests senyals amb la «deshumanització de la medicina» que s'inicià quan el metge deixà d'anar casa per casa per visitar els seus malalts, amb lo qual començà a perdre's la relació personal i familiar que això permetia, tot facilitant «ni més ni menys que coneixer l'ambient en que el malalt viu» i moltes de les seves circumstancies, dades «que molt sovint expliquen el fracàs de la terapèutica davant d'un diagnóstic local ben fet». Un altre senyal negatiu seria que, a remolc de l'especialització i de la superespecialització, «cada especialista s'ha apoderat d'una part del pacient» -deia Mira- i «el pitjor de tot: tots aquests metges s'ignoren entre sí. I encara sort quan només s'ignoren, ja que altres vegades es barallen», amb lo qual la vida del malalt «passa a ser tallada com una mortadela en diversos sectors, en diversos punts». Aquests fets i aquestes observacions portaren a E. Mira, 30 anys enrera, a proclamar la necessitat de «practicar una medicina antropològica», ell que era, una mentalitat tant oberta a la recerca, a l'objectivització i al mètode científico-natural, més estricta!. Aquesta medicina antropològica, que

ha de considerar a l'home «en la seva totalitat existencial», el portava a afirmar la necessitat de que tota persona disfruti d'un ambient sà d'acord amb el seu nou aforisme «mens sana in societate sana» i a propossar que el propi col.lectiu mèdic transformi -jo afegiria: si pot i si el deixen- l'orientació dels legisladors i dels polítics, portant la medicina social, sense revolucions i sense violències «a una eficiència molt superior a l'actual». Això comportaria, afegim nosltres, el coneixement i l'aproximació del metge al vessant *personal* del malalt i a considerar i valorar, degudament, el paper de les estructures socials en les que el malalt es mou.

Com podem suposar, aquests objectius impliquen i comporten una medicina que E. Mira en diguè *eubiatria* a la qual definí com: «la medicina que ensenya a viure bé», no en el sentit d'un viure còmode, sinò en el de «viure sense malalties corporals...en pau amb ell mateix i amb els altres», lo qual requereix «la colaboració inmediata i profunda de metges, higienistes, advocats, pedagogs, economistes, sociòlegs i politics». En suma, diríem nosaltres, una medicina integral a la que hi han de colaborar tots aquells experts que s'ocupen de l'home, des d'un o altre vessant, lo que comporta, en paraules de E. Mira, que «al progres tècnic, extraordinari, de la medicina actual, haura de seguir un avenç humanistic», amb lo que ja estem al final del carrer, o millor dit al principi, amb tots aquells que des de la medicina sentiren l'interès per la *totalitat* del èsser humá, propugnant el valor de la paraula i del diàleg, la valoració del malalt com a *persona* i s'han interesat per la seva dimensió biogràfica i, no cal dir, per la seva realitat ontològica i existencial, lligades als seus valors culturals i espirituals.

PER UNA MEDICINA INTEGRADA

Si és cert que el procés de socialització de la medicina condueix a noves formes de exercir-la per part del metge, a la vegada no ho és menys que inclou i compromet clarament uns nous protagonistes: em refereixo als estaments administratius, sanitaris i polítics de cada país, quina responsabilitat en el procés i en l'evolució de tota la medicina és i serà cada cop mès evident, lo que obligarà a que s'estableixi i es mantingui una adient i contínua comunicació i intercanvi de coneixements i de criteris entre aquests estaments i les realitats clínica i assistencial, a fi

que els criteris mèdics, tant aquells de la praxis com els més pròpiament científics, no puguin ser desconeguts, menyspreats o incompresos, amb les negatives conseqüències que això podria comportar a la societat, al malalt i a la medicina. Penso, per exemple, al plantejar aquesta qüestió, en la controvertida llei 109, promulgada fa uns anys pel Parlament italià, llei que des dels nivells político-administratius, obri les portes dels hospitals psiquiàtrics, lliurant centenars de malalts a la seva sort i a l'esclavitud d'una llibertat per la que ni ells, ni la comunitat, estaven preparats i que, ben segur, hauria adoptat unes altres formes i criteris de consultar-se prèviament a la classe mèdica.

És indubtable que la situació del metge en els ultims anys, dins del marc històric i cultural viscut, s'ha modificat de manera notable, com ho és l'evolució de la pròpia medicina vers uns nous objectius. Alguns d'aquests canvis van ser exposats en un interesant col.loqui que celebrà aquesta Reial Acadèmia al mes de febrer de 1996 sobre "La competència clínica en l'exercici de la medicina", amb la participació dels Acadèmics Professorss. J. Sans-Sabrafen, C. Rozman i dels ponents Drs. R.P. Pujol Farriols i G. Lloveras i del sociòleg i psicòleg clínic F.X. Altarriva. En aquest col.loqui, el Dr. Pujol-Farriols es referí precisament als canvis de la pràctica mèdica a Europa, canvis que centrava, entre altres, en els següents aspectes: ser més característic de la medicina "d'ahir" el diagnòstic, terapèutica, predomini de pacients aguts, preocupació curativa, pacients enllitats i la presència de patrons, mestres i clínics, enfront de la medicina "d'avui", caracteritzada i centrada en la prevenció, tecnologia, predomini de crònics, preocupació cuidativa, pacients ambulatoris, presència de gestors, tècnics i tutors i la funció dels equips interdisciplinaris, fent constar l'autor citat que unes qualificacions no exclouen les altres.

En un sentit semblant,fora de casa nostra, en l'informe del General Medical Council, de desembre de 1993, es subratllava com han canviat els models de malaltia i d'incapacitat, del que se'n dedueix que "l'educació mèdica ha d'esforçar-se en comprendre tots els aspectes del trastorn humà i ha de ser també reconegut que hi ha una gran demanda de tractaments que no coincideixen amb les "ortodòxies convencionals" i, en el mateix informe, es fèia referència a que "la relació entre el metge i el pacient ha canviat i el metge es veu clarament obligat a ser capaç i a estar disposat a una comunicació efectiva, característica que ha de desarrolar-se per mitjà, i més enllà, de la formació universitària i posterior", cosa que considerem un xic proble-

màtica amb les noves orientacions assistencials en les que el malalt es converteix en "usuari" o "client", el que implica unes noves formes en la bàsica relació metge-malalt.

Un altre aspecte a considerar és que la medicina com a ciència precisa ineludiblement de la recerca i, per tant, ha de cultivar sempre les seves bases *experimentals,* lo qual obliga a tenir present múltiples aspectes tècnics, fins i tot extra-mèdics, i en certs àmbits, especialment en aquells de la investigació i teràpia farmacològica, a valorar i mesurar les formes de vinculació i, a la vegada, de responsabilització per part de la indústria farmacèutica a la qual, per la seva potència econòmica, correspón un pape no gens desdenyable en certs aspectes de l'evolució de la medicina, al conreuar la investigació farmacològica i terapèutica cap a indrets que, en certs moments, pot considerar, més ventatjosos. És un fet que, en els últims decennis, pràcticament en tots els països del món occidental, la medicina traspassa els seus clàssics límits científics i clínics i es constitueix en un *afer psicosocial* quan no *econòmic,* esdevenint llavors tema que implica i que afecta des de'ls pacients, els metges i els sanitaris en general, als administradors, polítics, economistes, juristes, industrials, sociòlegs, moralistes, etc.,etc.

Per totes aquestes raons, entre d'altres, se'ns presenten unes noves perspectives en les quals els problemes esdevenen molt més complexes, sobre tot a l'haver de compaginar els interessos i necessitats individuals amb aquells de la comunitat, a l'haver de prestar els serveis necessaris amb les consabudes limitacions dels mitjans , de sub-estructura i d'organització en anys de recessió econòmica, a l'haver d'adaptar la mentalitat tradicional del metge a les noves exigències de planificació i de gestió, a l'haver d'asimilar tots nosaltres nous conceptes com els relatius a producitivitat, qualitat de vida, qualitat dels serveis o "case management", tenint que acomplar-los als nostres coneixements i hàbits o a l'haver-se d'establir, davant la creixent demanda, prelacions i distribucions preferencials de les terapèutiques i serveis assistencials, amb les implicacions humanes i ètiques que això comporta.

En aquesta línia de canvis s'expressen V. Moya, J. A. Sánchez i B. Roldán -des dels vessants jurídics- quan escriuen, en el llibre *La Medicina Española según los acuerdos de Maastrich,* que: "se avecina una nueva fase en donde se van a dar pasos trascendentales en el campo de la asistencia sanitaria; a la que se marcan unos objetivos, aunque nada se concreta respecto de acciones, calendario para las mismas,

aspectos financieros, prestaciones concretas, etc.", afegint que "... se abre un nuevo camino que el tiempo dirá hasta dónde pudo llegar".

Si la salut té tants determinants que incideixen sobre *l'organisme,* sobre la *persona* i sobre tota l'*estructura social-,* des d'aquells de base física i biològica a les formes de la vida individual o colectiva, als de naturalesa cultural i històrica, a les condicions higièniques i dietètiques, a les circumstàncies ambientals i ecològiques, a la dinàmica i estructura familiar i grupal, a les condicions laborals, des de factors ètics i morals, als administratius i jurídics, polítics i econòmics, etc., etc., cal preveure que els plantejaments per a conservar-la o recuperar-la, requeriran necessariament la participació *integrada* de múltiples i diferents especialistes i experts, és a dir, de tots aquells que, d'una o altra manera, en són o en poden ser responsables, entre els quals, el metge haurà d'establir els criteris clínics i assistencials sovint preeminents.

Tanmateix penso que una medicina en el marc de les concepcions i plans sanitaris actuals, que tingués en compte i que es desenvolupés dins d'aquest ordit tant complexa de determinants de l'home i de les seves circumstàncies, que considerés adequadament els continguts científics i, a la vegada, els valors personals i morals del pacient, que plantejés una estratègia terapèutica per a cada individu, integrant totes aquestes dades i premises amb els factors biològics corresponents, seria una medicina que en podríem dir *integrada* per la forma de concebre i de dur a terme la seva tasca, per la concepció unitària i holísitca en la que es desenvoluparia i pels rendiments conjunts que proporcionaria al pacient, a la comunitat i a la sanitat. Seria una medicina que, més enllà dels objectius de les medicines *naturalista, personalista o psicosomàtica* i de la mateixa eubiatria, a la que abans fèiem referència, s'ocuparia del pacient i de l'ésser humà en risc, des del distints angles de la seva vida, sense perdre de vista les perspectives del seu futur. Aquesta medicina portaria o preservaria la salut, fent realment possible, com ja es proposa en el *Pla de Salut de Catalunya* de l'any 1995: "l'assoliment del més elevat nivell de benestar físic, mental i social i de capacitat de funcionament que permetin els factors socials i ambientals on viu inmergit l'individu i la col.lectivitat", cita que reproduïm per evidenciar que no parlem d'entelèquies i fantasies, sinó d'explícits i necessaris projectes i objectius, als que intentem tant sols replantejar i aportar-hi algunes consideracions pràctiques i concretes, matitzant-les, des de'l pensament i des de la posició del metge i de la seva pràxis.

No ens correspón ni és el nostre propòsit concretar i analitzar quan, com, qui i què s'hagi de fer per portar aquesta medicina *integrada* a uns rendiments desitjables, suficients i útils per a l'home i per a la comunitat. Però sí que, d'acord amb els criteris repetidament donats per les Directrius del CE en els darrers anys, hem d'anticipar la necessitat d'un procés d'aprenentatges i d'una formació i adaptació dels metges i dels sanitaris, sense oblidar, insistim nosaltres, dels propis pacients, a fi que poguem cenyir-nos a les pautes europèes, de les que convè no allunyar-se'n i valorant sempre adequadament el paper, per nosaltres predominant, dels metges els quals, permetint-me la ironia, com dèia Santiago Rusiñol "saben poca medicina però són els que en saben més".

Obviament que haurà de procurar-se que la seva formació s'adapti a les exigències del moment i abarqui des dels coneixements biològics, cosa que ja es cuida en els actuals plans d'estudi, fins als coneixements de l'antropologia i la psicologia mèdica, a l'estudi de les situacions psicosocials que es donen avui en tota malatia i, fins i tot, als problemes econòmics, ètics i morals que, inevitablement, se li presentaran en el curs del seu exercici professional, fent que adquireixi les *competències* necessàries i les *habilitats* requerides per tractar la malaltia a tots nivells, fent del metge, en una paraula, un tècnic versat en una patologia *naturalista* però, a la vegada, un home sabedor i convençut de que l'ésser humà pateix la seva patologia per múltiples causes, la viu a la seva manera i, en certa forma, també la determina. És a dir: fent del metge, com deia el doctor J. Gol i Gurina: un *metge de persones,* pel que se l'hi han de donar els mitjans i les condicions de treball idònies.

Un altre tema que cal considerar, tanmateix, és el de la gran responsabilitat que, en la asistència mèdica d'un immediat futur recaurà - cosa que ha començat a produir-se-, en l'*assistència primària,* com han anticipat les directrius sanitàries del món occidental i com han exposat, recentment, des de l'American Board of Internal Medicine, al General Medical Council, d'Anglaterra, i a l'Association of American Medical Colleges, en respectius documents els quals exposen allò que li caldrà saber al metge de la pròxima centúria. Com exemple, citarem les següents consideracions del document titulat "Tomorrows Doctors" del Medical General Council anglès:

«Tenim una població multiracial que està envellint.»

«L'educació mèdica té que esforçar-se per abarcar tots els aspectes de la malaltia humana.»

«D'acord amb el progrés de la recerca mèdica, s'ens farà inevitable la creixent dependença amb idees i tècniques d'altres disciplines: amb les matemàtiques i la física per elucidar els complexes fenòmens biomédics; amb les ciències socials i amb la filosofia a fi de confrontar el amplis camps dels fets culturals, ambientals i ètics que incidiran, cada cop més, sobre els problemes de la salut.»

«El tema de la salut publica te que figurar, molt especialment, en els curricula del futur.»

D'acord amb aquests punts de vista no és aventurat preveure, a través de les informacions dels països capdavanters en qüestions mèdiques i sanitaries, que les activitats que recauran en els metges d'*assistència primària* han de merèixer una especial atenció i una valoració a l'altura de qualsevol altra especialitat. En aquest sentit, a mès de recordar la preeminència ja otorgada a l'*atenció primària* per la O.M.S. amb motiu de la Conferència de Alma-Ata (1978), recollim els criteris exposats en el document «Primary Care Work Force 2000» que, al març de 1993, envià la Pew Health Professions Comission a la Sra. Hilary Rodham Clinton i al President de la «Task Force on National Health Reform» dels Estats Units, referent als metges de *família i d'atenció primària,* sobre els que cauen tantes i tals responsabilitats que han de tenir, en tots els aspectes, unes consideracions paritàries amb les altres especialistes.

Per acabar, és just deixar constància, amb la natural satisfacció, que molts d'aquests problemes han estat degudament recollits, considerats i objecte d'estudi entre nosaltres,per part de les corresponents comissions del Consell Català en Ciències de la Salut dins de l'Institut d'Estudis de la Salut, com també per l'Associació Catalana d'Educació Medica, entre altres entitats.

VERS UNA NOVA MEDICINA. SÍNTESI I RECAPITULACIÓ.

Des de les pàgines inicials d'aquest discurs he desgranat algunes de les principals orientacions conceptuals i pràctiques per perfilar , en certa manera, "d'on ve" la medicina, al llarg dels segles, comprovant que, ja en les primeries de la nostra era, es definien i practicaven dos medicines, essencialment oposades en els seus principis i, també, en molts dels seus aspectes pràctics i professionals. A les medici-

nes primitives i arcaiques s'anà oposant, en la cultura grega, una medicina *naturalista* la qual, un bon xic malmesa durant els segles de l'Edat Mitjana,amb el succesiu desenvolupament i progrés cultural i tècnic virà, ja en els segles XVII i XVIII, vers una medicina *científico-natural* i després, en el segle XIX, vers una medicina amb fonaments i objectius *experimentals*. Hem vist, també, com el segle XIX fou escenari i testimoni d'aquesta medicina científica, dins de les limitacions tècniques de l'època, a la vegada que fou, també, clima i terreny propici perquè s'assumís la realitat de la *persona* en la medicina i, d'aquesta manera, s'iniciecin les inquietuds i objectius d'una medicina antropològica i psicosomática.

Des de llavors trobem, sovint oposades, a vegades fins i tot enfrontades, les escoles d'una i d'altre orientació, si bé hem de reconèixer i no infravalorar les temptatives i resultats obtinguts per la interacció d'ambdues orientacions mèdiques, de lo qual en derivaren les concepcions i la pràxis psicosomàtica en les seves diferents orientacions, com ja hem exposat.

Ara bé; quan cabia pensar que estàvem ja en una darrera fase, en el procés d'enfrontament dels dits punts de vista, ens troben amb que per l'impuls de l'evolució social i en l'ampli marc de la al.ludida *societat del benestar*, els principis de la qual són asumits sovint pels programes polítics, s'imposen, en el món occidental, uns models i unes estratègies sanitàries que comporten uns canvis radicals de la medicina canvis que, obviament, responen als principis humans de justícia i d'igualtat, i quina meta vindria concretada per la O.M.S. en el seu conegut objectiu «Salut per a tots l'any 2000".

Però, no es tracta tant sols de preveure uns criteris i uns canvis quantitatius, sinó també qualitatius dintre del que serà la nova medicina. A partir d'aquests nous plantejaments, tenen que sorgir unes noves formes de fer la medicina, amb tot el que això comporta de nous objectius i continguts, de noves pràxis i no cal dir de canvis en el rol del metge. Es fa evident com, des d'una sanitat al servei de l'usuari i des dels corresponents marcs polítics i administratius, es dicten els nous programes d'assistència sanitària, lo qual comporta que la medicina, com a professió i com a disciplina, tingui que adaptar-se, *vellis nollis*, a allò que se li demana i i tingui que acceptar allò que es necessita. Però no acava aquí el canvi que se l'imposa; perquè és induptable que en les noves coordenades, la medicina i el metge es troben conduits pels criteris estatals, amb la llògica merma del seu protagonisme històric

i amb una remodelació, quan no negació, del seu paper i de les seves funcions.

En aquesta nova i triangular situació -medicina cientificonatural, medicina de la persona i per a la persona, medicina des de la sanitat i des de l'estat- es plantejen innombrables i nous problemes i situacions de cruïlla que més aviat o més tard, tindran que aclarir-se i solventar-se.

Com podrà la medicina i els metges, en la nova situació creada, fer-se càrrec i dur a terme una medicina d'alcanç verdaderament *personal*, la qual requereix una formació no sempre rebuda i, fins i tot, una especial actitud vocacional? Com podràn o tindràn que articular-se els objectius i els principis de la medicina *cientificonatural* i de la medicina *personal*, a la vista i dins del marc de les noves orientacions *sanitàries*?. Com podrà donar-se resposta a les demandes de l'èsser humà, en noves situacions de risc o de malaltia, en front d'aspectes que la societat, fins ara, no s'ha preocupat de resoldre?. Per quin model s'inclinaran les institucions i els programadors de la salut pública, quan es tracti de confeccionar els programes corresponents?. Seguirà predominant l'orientació *cientifico-natural*, amb lo qual la *persona* i les seves circumstàncies *psicosocials* queden sovint marginades?. Es podrà propiciar una medicina *personalista*, tal com semblen demanar les orientacions ètiques i socials del present?. Com reaccionarà el metge davant del canvi -o pèrdua- del seu rol i com reaccionarà el malalt -la persona- davant de la pèrdua de la clàssica i paternal figura del metge?. Com podrà dur-se a terme una medicina realment *personalista* quan el "malalt" passa a ser considerat un "usuari", quan la mateixa medicina passa a ser cada cop més controlada estatalment, quan s'imposen criteris generals i econòmics als individuals i personals i, fins i tot, als mèdics?

Ens trobem, doncs, més que mai, amb una medicina problematitzada i carent d'un marc teòric vàlid, amb la particularitat que, en el moment en que vivim, els problemes i les decisions no surgeixen solament dels propis professionals i, menys encara del progrés tècnic i científic de la medicina: més que mai hi participa tota la societat, així com les administracions i els mateixos governs, amb les limitacions econòmiques i, en ocasions, amb les determinants polítiques que tenen també la paraula, una paraula que -penso- contribuirà a definir, cada cop més, allò que és i «a on va» la medicina del futur.

I acabo la meva intervenció: he pretés destapar i plantejar problemes, tal volta presentits o coneguts, però no suficientment actualitzats i menys encara orientats. Si amb lo que he dit, contribuís una mica a augmentar la conciència i la responsabi-

litat de tots nosaltres en front d'aquestes difícils realitats que se'ns apropen i que, en part, ja estan arrivant, hem donaria per molt satisfet.

BIBLIOGRAFIA

Alexander, F.: *"Psychosomatic medicine". Norton. N.Y.,1950.*

American Board of Internal Medicine: *"Clinical Competence in Internal Medicine". Annals of Internal Medicine 90: 402-411, 1979.*

Aristóteles: *"De ánima" (Traduc. Alfredo Llanos). Juárez Edit. Buenos Aires, 1969.*

Association of American Medical Colleges: *"Physicians for the Twenty-Firts Century". Medical Education, 59,11, Nov. 1987.*

Bacon, Francis: *"Novum organon" (Traduc. Cr. Litran). Edit. Fontanella. Barcelona, 1984.*

Balint,M.: *"El Médico, el Paciente y la Enfermedad" (2 tomos). Libros Básicos. Buenos Aires, 1961.*

Barcia, D.: *"Necesidad de una medicina antropológica". Univ. de Murcia, 1979.*

Barraquer Bordas, Ll.:*"El sistema nervioso como un todo. La persona y su enfermedad". Edit.Paidos, Fundació Vidal i Barraquer. Barcelona, 1995.*

Bernard, Claude: *"Introducció a l'estudi de la Medicina Experimental" (2vols.) (Traducció i notes Jaume Pi-Sunyer Bayo). Ed. Arnau de Vilanova. Barcelona (sense data).*

Bertalanffy,Ludwig v.: *"Théorie générale des systèmes". Dunod. Paris, 1973.*

Bingswanger,L.: *"Leitsätze zum Verständnis der daseinsanalytischen Interpretation in der Psychiatrie, mit besonderer Berücksichtung der Schizophrenie". Congress Report. Vol. I,II. Congres Internacional de Psiquiatria. Zurich,1957.*

Braier, E.: *"Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica" (1ª edición). Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1981.*

Cid, Felipe: *"Los testimonios de la medicina ibérica". Libros Tan, S.A.. Barcelona, 1964.*

Engel, G. L.: *"The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine". Science, 196,núm. 4286, April 1977.*

Fuster, J. M.: *"The prefrontal cortex. Anatomy, physiology and neuropsychology of the frontal lobe" (2ª ed.).Raven Press. N.Y.,1989.*

General Medical Council:*" Tomorrow's Doctors" en "Recomendations on*

Undergraduate Medical Education".London (December 1993).

Generalitat de Catalunya Dpt. de Sanitat i Seguretat Social: *"Pla de Salut de Catalunya. Salut Mental". Desembre 1994.*

Gracia, Diego: *"Fundamentos de bioética". Eudema Universidad. Madrid 1989.*

Greenfield Norman,S., Lewis William,C.: *"Psychoanalysis and current biological Thought", Madison and Milwaukee, Univ. Of Wisconsin Press, 1965.*

Hipócrates: *Tractats mèdics,III: "Sobre la naturalesa de l'home". (Traduc.: J. Alsina). Fundació Bernat Metge. Barcelona, 1983.*

Hoff H.,Ringel E.: *"Problemas generales de la Medicina Psicosomática". Edic. Morata. Madrid,1969.*

Hugh Elderlyi, Matthew: *"Psicoanálisis. La psicología cognitiva de Freud". Ed. Labor S.A. Madrid, 1987.*

Jores, A.: *"El individuo enfermo". Edit. Scientia. Barcelona, 1961.*

Kauhanen, J.: *"Alexithimia and Health in midle-aged men". Psychiatria Fennica, 1994; 25: 88-97.*

Kielholz,P.,Pöldinger,W., Adams, C.: *"Die Larvierte Depression". Deutscher Arzte-Verlag, Köln-Lövenich, 1981.*

Knobel,M.: *"Psicoterapia breve". Ed. Paidos. Buenos Aires, 1987.*

Lain Entralgo, P.: *"Antropología médica". Salvat Editors. S.A. Barcelona, 1985.*

Lain Entralgo, P.: *"Introducción histórica al estudio de la Patología Psicosomática". Ed. Paz Montalvo .Madrid,1950.*

Letamendi, J. de: *"Concepto social de la división del trabajo en Medicina". Discurso de recepción en la R.A.M., Madrid 1888.*

Letamendi, J. de: *"Curso de Patología General basada en el principio individualista o unitario". (3 tomos) Establ.Tip. de E. Cuesta. Madrid 1883 (3 tomos).*

Lipowski, Z.J.: *"Somatization: the concept and its clinical application". Am.J. Psychiatry, 145, 1357-68, 1988.*

Lolas Stepke,F: *"Proposiciones para una teoría de la medicina". Edit. Universitaria, Santiago de Compostela, 1992.*

Lolas Stepke, F.: *"Ensayos sobre Ciencia y Sociedad".Estudio Sigma, S.R.L. Buenos Aires, 1995.*

López-Ibor, J.J.: *"Los equivalentes depresivos". Edic. Paz Montalvo. Madrid, 1972.*

López-Ibor,J.J., López-Ibor Aliño,J.J.:*"El cuerpo y la corporalidad". Ed. Gredos. Madrid,1974.*

Martyn,P., D'Uzan, M., David, Ch.: *"La investigación psicosomática". Edit. L. Miracle. Barcelona, 1967.*

Mc Lean: *"Psychosomatic. Disease and the Visceral Brain". Psychosom. Med. 11, 338-353, 1949.*

Mc Dougall, J.: *"Alexithymia: a psychoanalitic viewpoint". Psychother. Psychosom. 1982; 38; 81-90.*

Mc Dougall,J.: *"Theaters of the body: a psychoanalytic approach to psychosomatic ilness". Norton, N.Y.,1989.*

Mira i López, E.: *"La medicina integral o eubiàtrica". Publicació de l'Escola Emilio Mira i López. Diputació de Barcelona, 1994.*

Montserrat Esteve,S.: *"Psicología y psicopatología cibernéticas". Ed. Herder. Barcelona, 1985".*

Moya Pueyo, V., González Navarro,F.: *"La sanidad española en la Europa de Maastricht".I.M.y C.(Edit:). Madrid, 1993.*

Paracelso: *"Las enfermedades invisibles". Els llibres de Glauco S.A. Barcelona, 1984.*

Pew Health Professions Commission: *"Primary Care Workforce 2000.Federal Health Policy Strategies".(March 1993).*

Pichot, P.: *"Un siècle de psychiatrie". Edit. Roger Dacosta. Paris, 1993.*

Platò: *"Diálogos". Ed. Ibérica. Madrid, 1990.*

Pujol Farriols,R.: *"Avaluació de la competència clínica". Rev. Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, Vol.10, supl. 3, 17-33, 1995.*

Rof Carballo, J.: *"Urdimbre afectiva y enfermedad". Ed. Labor. Barcelona, 1961.*

Ruíz Ogara, C. y cols.: *"Estudios psicosomáticos: teorías y experiencias". Univ. de Granada, 1989.*

Sarró, R.: *"El sistema mecánico-antropológico de José de Letamendi". Discurs de recepció a la Real Acadèmia de Medicina de Barcelona. 7 juliol,1963.*

Selye,H.: *"The evolution of the stress concept". Am.Sci. 61: 692-699, 1970.*

Sifneos, P.E.: *"Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis". Cambridge, Harvard Univ. Press, 1972.*

Sifneos, Apfel-Savitz, Frankel: *"Toward a theory of psychosom. disorders". Psychosom. Psychotherap. 28:47-57, 1977.*

Sullivan, Harry S.: *"La entrevista psiquiátrica". Ed. Psique. Buenos Aires, 1964.*

Sutcliffe,J., Duin,N.: *"Historia de la medicina. Desde la prehistoria hasta el año 2020". Blume. Barcelona, 1993.*

Valdés,M., de Flores,T.,: *"Psicobiología del estrés". Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1990.*

von Weizsaecker,V.: *"El círculo de la forma" (Der Gestaltkreis). Edic. Morata. Madrid, 1962.*

von Gebsattel,V.E.F.: *"Antropología médica". Edic. Rialp. Madrid, 1966.*

Weiner, H.: *"Psychobiology and human disease". Elsevier, N.Y., 1977.*

Weiner, H.: *"The dynamics of the organism". Psychosom. Med. 51: 608-635, 1989.*

Widlocher, D.: *"Traité de psychopathologie". PUF. Paris, 1994.*

Wiener, N.: *Cybernètque et société. Plon, Paris, 1962.*

Zubiri,X.: *"Sobre el hombre". Alianza Editorial. Madrid, 1986.*

Discurs de resposta de l'Acadèmic numerari

MOLT ILTRE. DR. LLUIS BARRAQUER I BORDAS

Excm. Senyor President
Molt Il-lustres Acadèmics,
Il-lustres Autoritats,
Benvolgut Prof. Carles Ballús i Pascual
Senyores i Senyors,

El Professor Carles Ballús i Pascual em fa l'honor de demanar-me el discurs de resposta en ocasió del seu ingrés en aquesta docta Acadèmia, honor que és al mateix temps un goig, tant per la meva ja vella i cordial relació personal amb ell -i també amb molts membres de la seva Càtedra-, com pel tema que ha volgut escollir per estructurar el seu discurs d'ingrés, defugint terrenys massa concrets o especialitzats per endinsar-se, amb ardidesa -i vasta cultura-, en una qüestió d'abast mèdic molt més general, sens dubte molt adient per a ésser presentada davant dels membres d'aquesta Corporació. I que, per més joia de la meva banda, s'escau perfectament amb visions de conjunt, reflexions i valoracions que -com ell prou deu saber, no sense una punta de picardia- lliguen amb moltes de les directrius que, a la vora, emprò enllà, de la Neurologia, m'han ocupat també una i altre vegada al llarg de decennis. Ja puc aprofitar aquest moment per agrair-li les amables referències que generosament fa en el seu text a aquesta línia meva.

Com molts barcelonins il-lustres, el Prof. C. Ballús no va néixer a la Ciutat Comtal, sinó concretament al Pla de Bages, a Navás, bressol també d'un home que des del seu ministeri episcopal serveix així mateix fermament al diàleg i al seu poble.

Fill de metge, durant els seus propis estudis de Medicina estableix ferma amistat amb nombrosos companys, entre ells Joaquim Barraquer, membre d'aquesta Acadèmia, i els també molt estimats per mi Gonçal Lloveras i Enric González i Monclús.

És important sotsrratllar la seva etapa de metge rural, just obtinguda la llicenciatura, l'any 1951, car una experiència d'aquest tipus resulta molt formativa per no «començar la casa per la teulada», sinó vivint la Medicina en el seu gresol més immediat i primigeni, en contacte amb tot aquell que pateix per estralls ben diversos que afecten la seva salut.

Tinc la sort de tenir filles metges que treballen en Medicina de família, com és ara la Mª Edelmira, i puc entendre el valor humà d'aquest contacte metge-malat establert en tal àmbit.

Més tard ingressa ja en la Clínica Universitària del gran mestre de la Medicina catalana de les dècades que ens precedeixen, la Clínica Mèdica A. regida pel Prof. A. Pedro i Pons, que al llarg dels meus anys de treball a l'Hospital Clínic i Provincial (1950-1967) vaig poder també conèixer, bé que molt més tangencialment. Quin focus més esponerós de la Medicina catalana!! En ell el jove Ballús entra en contacte amb personalitats tan representatives com Pere Farreras i Valentí, Ramon Bacardí i Noguera, S. Montserrat i Esteve, R. Sales i Vázquez, els germans Císcar i Rius, Nadal i Sauquet, J. Pedro i Bonet, I. Blajot i Pena, C. Rozman i Bortsnar, J. Mª Espadaler, Carulla, M. Dalmau i Ciria, A. Caralps i Massó, A. Codina i Puiggrós, Salvatella, Surinyac i Valls, J.R. Otaola, etc.

El Dr. Ballús escull treballar allí en el Dispensari de Psicosomàtica que mena el Dr. Santiago Montserrat i Esteve, que feia pocs anys havia editat un Manual sobre «Neurosis, Psicopaties, Psicosis», on inicia la seva formació en Psiquiatria sota la llum i el pes de la figura d'aquest mestre, de vasta cultura i acusada personalitat. Aquesta col-laboració i també la amistat consegüent no es tallaràn fins a la mateixa mort del Dr. Montserrat, més enllà de la viudetat i de la hemiplexia que van colpir-lo. En el mateix lloc es formava, entre altres, un també destacat psiquiatre, el Prof. Costa i Molinari.

L'escola de Montserrat i Esteve tenia una marcada versió pels àmbits biològics, tot i cercant una eficàcia psicoterapèutica, lligada als trets de personalitat de llur director. Cultivava aquest una línia de gran rigor científic -fins i tot ultrancer-. A llur ombra, el Dr. Ballús esdevingué l'organitzador de les Reunions anyals de la *«Société pour la Methodologie de la Recherche en Psychiatrie»*.

Cal recordar tanmateix que el Dr. Ballús freqüentà també la consulta del Dr. E. Irazoqui Villalonga, que dirigia una Secció de Psiquiatria i Psicosomàtica a l'Hospital de la Sta. Creu i St. Pau, en l'Institut de Medicina Interna on el Dr. A. Rocha havia succeït al Dr. F. Esquerdo i Rodoreda. En aquell indret hi treballà també el Dr. Pere Folch i Mateu, que iniciava la seva formació psicoanalítica. El Dr. Irazoqui posseïa una vasta cultura i ajudà a endinsar-s'hi al Dr. Ballús, en una formació diguem-ne «antropològica», que a ell li plau qualificar d'"integral".

Una dimensió particular de la formació professional del Dr. Ballús rau en la seva col-laboració, en anys jovenívols, amb el Laboratori Geigy, que el va portar a establir contacte i amistat amb el Prof. P. Kielholz, que fou Catedràtic de Psiquiatria

i Rector de la Universitat de Basilea. D'aquí en sortí, més tard, el seu nomenament de membre del *«Comitè Internacional per la Prevenció i Tractament de les Depressions (P.T.D.)»*, accedint a la situació de Secretari general de l'ens espanyol homònim.

Com altres companys psiquiatres, obtingué també la titulació d'especialista en Neurologia, la qual cosa podrà donar més caliu a les paraules que en aquesta dissertació penso dedicar a la relació actual entre les nostres dues especialitats.

Si passem a considerar el Curriculum universitari i acadèmic del Prof. C. Ballús, direm que va guanyar per oposició, successivament, les places de Professor Agregat de Psicologia de la Universitat de Barcelona, l'any 1974, i tres anys més tard de Professor Agregat de Psicologia Fisiològica de la Universitat de València. El 1979 passà a ser Professor Agregat de Psiquiatria a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona i dos anys després Catedràtic de Psiquiatria a la Universitat de Córdoba, obtenint per trasllat la mateixa Càtedra a la central de Barcelona, l'any 1983, lloc que en l'actualitat ocupa com a Director de la Unitat de Psiquiatria i Psicologia Mèdica.

La directriu predominantment biològica, inicialment, del seu pensament psiquiàtric, el conduí, p. ex., a ser el Secretari General i Científic del XI Congrés Mundial de Psiquiatria Biològica, celebrat a Barcelona el 1978, però *ha anat evolucionant* vers una concepció holística, antropològica, o com a ell mateix li plau de dir, «integral» o «bio-psico-social».

La projecció internacional de la Psiquiatria catalana l'ha impulsat, diriem, arreu, tant a través dels seus freqüents desplaçaments a l'Amèrica llatina, com Europa endins. Ha sigut successivament Secretari i President de la *«Associació Llatino-Mediterrànea de Psiquiatria»*, ha col-laborat en la realització de les tres *«Jornades Croato-Catalanes de Psiquiatria»*, celebrades a Barcelona i a Zagreb, ha organitzat també els quatre *«Congressos Catalano-Francesos de Psiquiatria»*, tinguts a Barcelona i a Tolosa del Llenguadoc -on els psiquiatres catalans i en general espanyols compten amb la cordial amistat del Prof. Gayral, successor de Marcel Riser-. En fi, ha sigut President de la *«Associació Europea de Psiquiatria»*. Ell organitzà i presidí aquí el 1992 el cinquè Congrès d'aquesta associació.

És acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina de València i numerari de la Reial Acadèmia de Doctors de Barcelona.

És membre, entre moltes altres institucions, de la *«Société Médico-Psychologique de Paris»* (a la qual, per cert, pertany el nostre President honorari, Prof. B. Rodríguez Arias, des de l'any 1922), de la *«Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde»*, de la *«Société de Psychologie Médicale de Langue Française»*, de la *«Asociación Ibero-Americana de Psiquiatría»*, del *«Collegium Europeum Psichopharmacologicum»*, de la *«Società Italiana de Neuropsicofarmacología»*, de la *«Société Toulousaine de Phylosophia»*, etc. Aquesta reiterada relació amb la capital del Llenguadoc queda encara reblada amb el fet de que és Doctor *honoris causa* de la seva prestigiosa Universitat Paul Sabatier. Com a dada anecdòtica pot assenyalar-se, a propòsit d'aquest fet, que al ser-li concedit aquest nomenament fou armat *«Chevalier de l'Ordre d'Armagnac»*, la qual cosa hagués fet les delícies del enyorat Néstor Luján. També és membre *honoris causa* de la Universitat primada de Santo Domingo. Encara cal esmentar que fou guardonat amb els premis *«Ramón y Cajal»*, el 1956, i *«Pilar Sangro»*, el 1965, entre altres.

El seu discurs d'ingrés a la *«Reial Acadèmia de Doctors»* versà sobre *«Música i Vida»*, la qual cosa remarca l'amplitud de la seva cultura, concretament en la vessant musical, en la que arribà a completar la carrera pianística, instigat inicialment per l'organista del Col-legi dels Jesuïtes del carrer Casp, on va dur a terme els seus estudis de batxillerat. Un company d'aquest Col-legi, el Dr. Josep Mª Espadaler -els mèrits del qual no em cal remarcar aquí- respongué al seu discurs d'ingrés en la Acadèmia tot just esmentada.

Si entrem ara a considerar el tema i el contingut del discurs d'ingrés del Prof. C. Ballús, ens adonarem inmediatament que, sense voler ferir la seva originalitat, té un alè de conjunt netament lainià, des de la Introducció històrica a la Medicina psicosomàtica, de l'any 1950, fins a llibres molt més recents del propi P. Laín Entralgo, com els consagrats al diagnòstic mèdic i a una Antropologia mèdica per a clínics, passant per molts que porten l'anotació programàtica reiterada *«Història i Teoria»*, sobre un dels quals, *«La Història clínica»*, medità llargament un distingit col-laborador del Prof. C. Ballús, el Prof. E. González i Monclús, amic molt preuat.

La finalitat inherent al Discurs de recepció que ens plau analitzar porta inserta la idea lainiana del pas des d'una Medicina científico-natural, amb les dimensions anàtomo-clínica, experimental, etiològica, etc., Medicina científico-natural que co-

negué el seu major esplendor durant el període marcat pel positivisme, encara que no fossin pas filosòficament positivistes tots els metges que la conrearen, des d'aquesta orientació, diem, a través d'una ullada fisiopatològica (G. von Bergman i altres), cap a una Medicina Psicosomàtica i una Medicina Antropològica. Notablement, aquestes darreres floriràn al mateix temps que les bases somàtiques de la Medicina obtindràn una penetració, abans inoïda, amb el florir verament cabdal de la *biologia molecular* i de les recepteropaties (F. Mayor, etc.), de tant pes en neurociències bàsiques i en Neuropsicofarmacologia.

Assenyalem tan sols -com a índex significatiu- que amb l'interès pel psiquisme de l'home malalt, les anomenades abans «distonies neurovegetatives» ingressen amb «tots els drets» en la Patologia psicosomàtica.

La qüestió de fons es remonta, com amb tanta finor va mostrar a bastament Laín Entralgo, a l'enfrontament de l'abusiu «personalisme» semític, vigent a Mesopotàmia i Babilonia -on la malaltia era vista com un càstig degut a una falta moral, àdhuc inconscient-, amb el desaforat naturalisme grec, pel que el pecat -el mal moral- era contemplat com un error inscrit en el pla natural. Bé és veritat que en el món grec aquesta visió va haver de lluitar i bandejar-ne una altra d'arcaica, màgica, cultivada pels asclepiades, etc. Com oportunament recorda el Prof. C. Ballús, Jesucrist va abolir rotundament la visió inculpadora de la malaltia, situant-la de fet en un pla pregonament mistèric.

Les Escoles hel-lèniques de Cos i de Cnido varen establir, per altra banda, el que Laín anomena el *primer paradigma de diagnòstic*, fonamentat en el *«veure»*, tant l'estricte -senso-perceptiu-, com el fonamentat en els «ulls de la imaginació». Es seguia així la línia d'Anaxàgoras: «El que ens és manifestat ens fa veure -és a dir, conèixer- allò que està ocult».

En el dintell del món modern trobem l'aportació crucial del pensament de Descartes. El dubte metòdic, la recerca del clar i distint, l'inici de la seva reflexió des de la introspecció amb el seu *«cogito ergo sum»* (que ell rebutjà considerar com un entimena, com un silogisme «encongit», ja que hi veia ingredients procedents tant del sentiment com de la voluntat), al seu entendre la vida de l'animal subhumà com la d'un simple autòmat, seguint les petjades de l'espanyol Gómez Pereira, la seva dràstica distinció entre la *«res extensa»* i la *«res cogitans»*, funesta base d'un dualisme que tant mal ha fet en Medicina i concretament en Psiquiatria i en Neurologia.

Amb tot el seu rigor de científic, alhora que filòsof, Descartes obrí molts camins, però també n'obscurí molts d'altres. Ara bé, quan es blasmen aquest darrers, caldria tenir sempre en compte l'època en que va formular les seves dites, p. ex., situar la «seu» de l'ànima en la glàndula pineal. És doncs massa fàcil rotular un llibre, com ho ha fet el brillant A. Damassio, des de Iowa City, de *«L'error de Descartes»*. Bé és veritat que el també brillant G. Díaz-Plaja (s'ha dit d'ell que sempre que parlava semblava que digués quelcom molt important... i de fet ho era venturosament per nosatres moltes vegades) ens deia, de forma enlluernadora, que hi havia una línia recta que conduïa del *«Dircurs de la méthode»* al cadafal de Lluis XVI, però no diria que això ell ho formulés ni que es pugui veure com una sentència exacta i rotunda. Però el que si puc dir -ho repeteixo-, és que el dualisme cartesià (anunciat en certa manera per Plató i mantingut avui en dia per Sir J.C. Eccles) ha fet molt de mal en Medicina. Més endavant tornarem més explícitament sobre aquesta qüestió.

Ja en el segle XVII, Th. Sydenham, amic del filòsof J. Locke -i per ell influït- desenganyat de les línies decadents de la Medicina de la seva època, introduí una corrent clínica empírica, formulant el que Laín Entralgo considera com a *segon paradigma històric de diagnòstic*, al proposar el discerniment i la descripció *d'«espècies morboses»*, seguint de molt a prop l'estil dels botànics. El recurs a la imaginació semblava quedar proscrit. Però seguim la història.

El Prof. C. Ballús remarca la importància cabdal del pensament Psicosomàtic en Medicina i té cura també de subratllar la diferenciació d'aquesta concepció respecte a la Medicina Antropològica.

En el dintell d'aquestes concepcions que floriren durant la primera meitat de la present centúria, hi trobem el procés -que tant primorosament ha analitzat Laín Entralgo- de la *«Introducció del subjecte en Medicina»*, el qual podem dir que matineja vers 1885, atenyent la seva albada quan S. Freud, en el joc de visions contraposades sobre el que podria ser la histèria i en com actuaria l'hipnotisme, es decanta pel parer de Bernheim i de la seva Escola de Nancy, en front dels punts de vista rígidament científico-naturals mantinguts per J.M. Charcot a la Salpêtrière.

El procés quallarà anys a venir, en gran part, mercè a les reflexions de la que Laín ha batejat com a «Escola de Heidelberg»: L. von Krehl, Siebeck i, principalment, Viktor von Weiszäcker, bé que sigui a través d'un pensament tan agut i innovador, com a estones obscur i difícilment entenedor -segons ha remarcat, amb va-

lentia, D. Gracia-.

Com molt bé s'ha dit, per part de l'Escola de Madrid, si bé la Patologia ha sigut sempre psicosomàtica, la Medicina tan sols ha accedit a ser-ho i, pel mateix, a usar aquesta qualificació, des de fa cosa de mig segle. De fet, cal precisar encara, molt de passada, que es poden distinguir, ja a un primer cop d'ull, tres accepcions -o, si es vol, tres usos- del significat *psicosomàtica*. Des d'un primer punt de vista, d'abast global, podem dir que tota la Patologia és Psicosomàtica. Tan sols hi ha unes malalties *predominanment* somàtiques i unes altres *predominanment* psicògenes, però mai -assevera Laín Entralgo- exclusivament o l'un o l'altre. En una segona aproximació es parla de malalties «clarament» psicosomàtiques, que ocupen un cercle no pas ben definit, on hi trobem p. ex. l'ulcus gàstric, l'asma, la colitis ulcerosa, segons molts autors també la poliartritis crònica primària, etc. Finalment, hi ha «una manera de patir» que ha sigut estigmatitzada com a «estrictament» psicosomàtica i que el Prof. C. Ballús dibuixa amb precisió en el seu discurs. En efecte, és la caracteritzada per Marty i el seu grup com a presidida i organitzada pel que ells van qualificar de *«pensament operatori»*, pobre en capacitat de fantasies i tendent a inundar el cos, de forma subreptícia, amb els seus conflictes pulsionals i emocionals que resten amagats. Juan Rof Carballo va tenir l'encert d'aproximar aquesta visió de Marty amb el que als EEUU ha sigut qualificat, potser amb uns continguts menys precisos, però amb una important gravitació social, amb el rètol de «alexitimia» («sense paraules per a l'humor» -humor en el seu sentit més ampli i diversificat). Ballús analitza molt agudament aquestes qüestions, que van recabar ja l'interès inicial de P. Folch i Mateu i de T. Eskelinen, traductors del més conegut llibre de P. Marty i colab. Rof Carballo emfasitzava que la patologia alexitímica està florint -com en un altre context ho feu la histèria en el París de Charcot- en el sí d'una societat tenyida tota ella o en gran part d'un tarannà alexitímic, amb l'ull posat en les fites de la competivitat, del rendiment, del guany, etc, mentre que resulta menystinguda p. ex. la tendresa. Vull remarcar aquí que la quarta edició de la obra del propi Prof. Rof Carballo sobre *«Violencia y ternura»* està escrita amb l'encant d'una prosa gairebé poètica, do que el va conduir a ocupar un silló de la *«Real Academia de la Lengua»*.

Unes curtes paraules ara sobre el terme «neuròtic» i el seu abast i sobre com es deu entendre a les envistes del segle XXI, la relació entre l'orgànic i lo funcional.

Ambdues qüestions estan molt lligades en els seus orígens històrics. Fou Cullen (1710-1790) qui, al dividir les malalties en una sèrie de categories, proposà el terme de «neurosis», distinguint-ne quatre varietats, una de les quals, les «vesanies», com comenta recentment Trimble, abarca essencialment els disturbis que en l'actualitat s'agrupen sobre la rúbrica de «psiquiàtrics».

Encara que és ben veritat que contemplant l'evolució de les sistematitzacions elaborades pels tratadistes des de fa cosa d'un segle -o més enrera encara- veiem com moltes afeccions que foren qualificades grollerament de «neurosis» han passat de forma paulatina a engruixir les files de la patologia neurològica, fóra improcedent i àdhuc ridícul, contemplar amb urc triomfalista aquest procés parcial com un triomf, bé que restringit, de la Neurologia sobre la Psiquiatria i, pitjor encara, covar la pretensió d'extreure'n consideracions conceptuals d'abast més general, en detriment d'aquesta darrera.

En diferents articles nostres, que tindrem la gosadia de llistar en una curta bibliografia, ens hem ocupat prou d'aquesta qüestió com per poder-nos estalviar aquí una discussió un xic a fons de la mateixa. Remarcarem, però, que la influència de Cullen fou considerable, conduint a la decisió de Coombe (1797-1847) de subdividir els disturbis cerebrals en dos grans grups: els *orgànics* i els *funcionals*. Com comenta altra volta Trimble -que treballa a Londres en una que podem qualificar de «franja d'acabalgament neuropsiquiàtric»-, aquesta oposició ha progressat, com de sota mà, fins als nostres dies, alimentant la creixença del considerat com a diferencialment «orgànic», en bona part per la progressiva expansió dels mètodes neuropatològics i de les tècniques de neuroimatge, tant morfològiques (TAC, RNM, etc.) com funcionals (fluxe sanguini cerebral, PET, SPECT, RNM «funcional», etc.).

Convé tenir ben present, de bell antuvi, que identificar unes anomalies neuropatològiques subtils o uns disturbis metabòlics amb la PET, p. ex., en subjectes de quadres esquizofrènics o de neurosis obsesives greus, no afecta per a res -vull emfasitzar-ho- *l'entitat* i, per tant, l'enquadrament psiquiàtric d'aitals processos. Davant del perill aquí suggerit i d'altres possibles desviacions apreciatives, convé sobremanera delimitar l'abast i el sentit de rotulacions molt comúnment utilitzades sense un necessari rigor.

Moltes vegades s'han fet equivalents els termes «neuròtic», «funcional», i «psicògen», sembrant així a dojo una pregona i penosa confusió. Per començar cal

sols remarcar que la psicogènia pot donar-se i es dona de fet a bastament en el decurs de la vida normal o ordinària. Tan sols cal pensar en una mala digestió consecutiva a un disgust seriós o en l'augment de la T.A. d'un hipertens simplement alarmat per les seves mateixes xifres tensionals.

Segons el seu sentit «fort», que hauria de ser l'únic emprat per la classe mèdica, la qualificació de *neurosi* s'hauria de donar tan sols -com argumenta Laín- als disturbis en que es donen els *trets caracterològics* -i nosogràfics i també terapèutics- pertinents i en que es manifesta amb especial vigor i patència «l'existència d'un factor procedent de la vivència», que acredita la psicogènia morbosa dels símptomes tan psíquics com orgànics, «clínicament demostrada».

Enfoquem ara més de prop la presumpta oposició entre l'orgànic i el funcional. De fet si escatim la qüestió, veurem que tal oposició tan sols pot ser presentada com a tal més que des d'un «aparador» col-loquial, no tècnic. En efecte, si acceptem -com és obligat de fer- la noció de *«lesió bioquímica»* agudament proposada en Neurologia i «Neuropatologia», fa ja bastants decenis, per Sir Francis M.R. Walshe- *el funcional esdevé lesional* i, per tant, *orgànic*. És a dir, quelcom propi de la condimensió corporal o somàtica de l'únic estat complet, el *psicobiològic* (X. Zubiri). Que, p. ex., en un subjecte afectat per una anomalia metabòlica a nivell de l'escorça cingular, vol dir que allí hi ha -allí i en el sí d'un circuit molt complexe- una lesió funcional que té, a més, un caràcter crònic, però això no permet oposar el funcional a l'orgànic, *ni tampoc obliga a abdicar, de cap manera, de la visió d'aquesta neurosi obsessiva com una malaltia psiquiàtrica*. Altra cosa molt diferent fou el considerar, al llarg del segle XIX, p. ex., la malaltia de Parkinson com una «neurosi», abans de que Tretiakoff, etc. demostressin el paper crucial que en aquesta malaltia té la patologia de la substància nigra. No és que al descubrir-se aquesta patologia perdés el caràcter de neurosi, és que mai no l'havia tingut aquest caràcter, aplicant-se el terme per culpa d'una concepció migrada i fins a cert punt «positivista» de la nosografia, emparentada d'alguna manera amb la ilusòria ficció de malaties *sine materiae*.

El Prof. C. Ballús marca el pas que va de la Medicina Psicosomàtica a l'Antropològica. Podem remarcar-ho recordant aquí les opinions de dos clarividents metges espanyols: D. Gracia Guillén i D. Barcia Salorio.

D. Gracia va blasmar justament la confusió tan freqüent en que hom cau al

identificar lo psíquic amb lo personal, és a dir, la mera «psicologització» de la Medicina amb la seva autèntica «personalització». «Lo «psico-orgánico» y lo «personal» -precisa- no se *identifican*, sino que son cuestiones de muy distinto «orden»». «No entenderlo así -remarca encara- ha sido y es la gran tragedia de las denominadas Medicina psicosomática y Medicina antropológica». S'ha de tenir present aquí la noció de *persona* com a *«sustantivitat de propietat»*, elaborada per Zubiri, i també el que assenyala P. Laín Entralgo, en el sentit de la metafísica necessitat de l'home de tenir propietats «per apropiació» -no tant sols per emergència-, lo que fa d'ell una *realitat íntima i moral*, val a dir, una *persona* -conclou Laín-. Segons aquesta línia, l'Antropologia mèdica no pot ser vista com un apèndix de la Psiquiatria o com una manera de fer Patologia General, la qual cosa la convertiria de ciència bàsica que és, en ciència aplicada (d'Antropologia Mèdica, en Medicina Antropològica). «La enfermedad humana se inscribe en última instancia en el ámbito mistérico», afirma D. Gracia, d'acord amb aquell passatje evangèlic citat al principi, al que ja ha al-ludit el mateix Prof. C. Ballús.

Per lligar el que hem anat veient en aquestes darreres reflexions, ens atreviriem a suggerir que en la pràctica mèdica és prou correcte procurar exercir una Medicina antropològica un cop aclarit què és l'Antropologia mèdica. I seguim.

D. Barcia Salorio es va atrevir, deia ell mateix incorrent en una gosadia, el corretgir a Dilthey quan aquest afirmava: «Expliquem la naturalesa, però comprenguem la ment».

En efecte, Demetrio Barcia té el lluminós encert de proposar una nova fòrmula: *«Expliquem la naturalesa, però comprenguem a l'home»*. «Y esto es así -precisa- porque, la mente puede ser explicada».

El hombre, la persona -rebla ell prou bé- «sólo puede ser entendido dentro del mundo de los valores, es decir, dándole un sentido». Vistes així les coses, procurar explicar la ment -i acostar-nos asintòticament a conseguir-ho- no pot ser mai vist, concretament, com una postura lligada a un monisme fisicalista, lo que, p. ex., molts neurofisiòlegs enlluernats pel seu ofici, no han sabut entendre.

Amb aquestes reflexions i emparats bàsicament en l'Antropologia filosòfica zubirana, en el seu *«estructurisme» unicista*, queda totalment bandejat així mateix qualsevulla dualisme, com és ara el que més amunt veiem que va proposar Descartes. Comentava fa pocs anys Trimble (1991) que aquest dualisme cartesià va quedar

tan pregonament inserit en el pensament occidental que «ha influenciat al desenvolupament de les neurociències fins al dia present». «Desgraciadament -afageix- ha deixat un llegat de confusió en alló relatiu al problema ment-cos». Creiem que amb el que acabem de dir ara mateix aquesta confusió queda arranjada i remetem a qui desitji consultar-lo al nostre Capítol: *«Cerebro-Mente en Clínica Neurológica»*, així com també al nostre llibre, al qual el Prof. C. Ballús ha tingut la gentilesa de fer referència, *«El sistema nervioso como un todo; la persona y su enfermedad»*.

Abans de seguir endavant, recordarem encara que el propi Trimble afirma que Freud, en desenvolupar les seves concepcions psicoanalítiques, fent énfasi tan sols sobre els mecanismes mentals, es va situar plenamet en el marc del dualisme cartesià. «La ruptura entre la Neurologia i la Psiquiatria -comenta- fou d'aquesta faisó completa». La qüestió no és en realitat tan simple. Recordem que el pare de la psicoanàlisi va redactar l'any 1895 un *«Projecte de Psicologia per neuròlegs»* -que, curiosament, no va veure la llum fins després de la seva mort-, palesant així un interès pel freqüentment anomenat «substracte» somàtic, cerebral, de la patologia psiquiàtrica i apuntant cap un monisme. Més recentment (1992), W.A. Lishman al preguntar-se que és la neuropsiquiatria, afirmava que, «com una consequència curiosa i fascinant dels primers debats entre Charcot i Bernheim, va néixer la Psiquiatria dinàmica». El jove Freud, afageix, inclinant-se, com hem vist més amunt, per les propostes d'aquest darrer autor, va iniciar les seves pròpies investigacions clíniques, primerament amb Breuer i ben aviat tot sol. A partir de llavors, comenta Lishman -calcant en certa manera a Trimble-, es va establir una dicotomia entre la «ciència de la ment» i la «ciència del cervell», una dissociació (*«schism»* escriu Lishman), «emergint la ruptura entre la Neurologia i la Psiquiatria» (*«split»* és el mot que ell utilitza aquí). Tornarem a dir que les apreciacions de Zubiri, Laín, Gracia, D. Barcia, més amunt apuntades permeten -i, encara més, obliguen- a procedir a «suturar» aquesta mena de fissura. I presten endemés una base sòlida per anar estructurant el que en treballs recents hem qualificat d'una *«nova neuropsiquiatria selectiva»*, al mateix temps que *refermen la solidesa de la pròpia Psiquiatria sencera*, en la línia que abans hem esmenat -i no ens reca fer-ho a de nou- en defensar.

Després dels passos donats per la Medicina Psicosomàtica i, principalment, per l'Antropologia Mèdica, P. Laín Entralgo, fa notar amb fervor que ha nascut un *tercer paradigma de diagnòstic* en la Història de la Medicina. *La comprensió, la*

interpretació i l'hermenèutica emergeixen fins a la zona més enlairada d'aquest procés. La darrera nota, l'hermenèutica és la que millor defineix aquest paradigma actual. I des d'aquest tipus o ordre de diagnòstic l'actitud que el sustenta s'estén i amara tota la relació metge-malalt, oferint una base escaient per a que el primer s'obri amb *amor* i *llibertat* al *proïsme malalt* en tant que *persona.*

Amb el que queda escrit fins aquí ja hem fet un repàs, bé que no pas complet, al plantejament preciós i al desenvolupament magnífic que el Prof. Ballús ens ha ofert en el seu Discurs. Poques coses més ens queden per dir. Una, tanmateix vull destacar-la ja ara mateix: És la de que *un Psiquiatre i un Neuròleg puguin fer dues exposicions tan acostades,* quan fins fa poc semblava, sobretot fora de Catalunya, que eren dues especialitats en continu conflicte, gairabé en lluita -inclús conceptual- permanent. Aquest acostament, avui viscut en el si d'aquesta prestigiosa Acadèmia, crec que ens ha d'omplir a tots de joia... i de claredat.

Una altra cosa ens plau també sobremanera i és la ponderació i serenitat amb que el Prof. C. Ballús s'expressa al entrar a considerar les relacions de la Medicina Psicosomàtica amb les línies d'orientació psicodinàmica, amb lo que P. Bofill i J.L. Tizón anomenen en el seu llibre recent (1995), la *«corrent psicoanalítica»*. Com hem vist al començament de la nostra exposició són ja vells els lligams que han permès un intercanvi d'idees i experiències entre el Prof. C. Ballús i el descollant psicoanalista kleinià P. Folch i Mateu. D'altra banda el Prof. Ballús ha estat obert durant els darrers anys a les riques i imparables iniciatives de la *«Fundació Vidal i Barraquer»*, on la corrent psicoanalítica és tan viva, esdevingut darrerament Institut lligat a la Universitat Pompeu Fabra, gràcies a la iniciativa fecunda del Dr. Jordi Font i Rodón i dels seus companys. Després d'una rècula d'anys de treballar en aital Fundació, em plau poder ser ara Professor de Neuropsicologia dinàmica en el seu sí.

Tant en aquesta fundació, com en les classes de grau que vaig donar en la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), des de la seva obertura fins fa molt pocs anys, molt més ençà de la meva jubilació oficial, com en els Cursos de postgrau que he professat reiteradament a la Universitat de Navarra i també en el «master» de Neuropsicologia que en l'Hospital del Mar (UAB) dirigeix el meu antic deixeble Dr. Jordi Peña i Casanova, m'he esmerçat tothora en assenyalar la importància que en la formació de quansevulga metge -així com del psicòleg que vulgui treballar en Clínica- tenen les concepcions de Marty, de M'Uzan i David i també de Sifneos,

com així mateix les de Rof Carballo -sobre tot la seva hermosa concepció de *«l'ordit afectiu»*-, per esdevenir *«metges de persones»*, manllevant aquesta expressió, com prou sabeu, del nostre carismàtic company i amic traspassat Jordi Gol i Gurina. Amb tot això no faig sinó reblar el que el Prof. C. Ballús ja ha dit primerament. Particular interès he tingut i tinc en el meu ensenyament en trasmetre els clarividents i humaníssims punts de vista de Balint, quines obres -inclús una de més marginal, com és la dedicada a «Ocnofilia i Filobatisme»- resulten per a mi d'apassionant i divertida lectura. Manta vegades he afirmat davant dels meus deixebles que el coneixement del que ens exposa Balint en la seva obra cabdal sobre *«El metge, el malalt i llur malaltia»* és tan important com lo que ens informa una bona Anatomia o lo que ens diu una Farmacologia clínica actual.

És en aquesta línia que en ocasió del XXV anniversari de la «Fundació Vidal i Barraquer» vaig exposar unes reflexions a propòsit *«De l'anècdota clínica d'aparença neurològica vers el fons psicodinàmic que l'organitza»*. És feina de cada dia.

No puc fer més que sumar-me amb entusiasme a l'homenatge que el Prof. C. Ballús dedica al Prof. P. Laín Entralgo i també al Dr. J. Rof Carballo. El primer ha estat -segons dirien potser els psicoanalistes kleinians- una mena d'objecte intern fecund i bo que ha conduït la línia de les meves paraules. Vull dir aquí públicament que, després de més de mig segle de relació interpersonal, l'admiro pregonament i que l'estimo encara més que no pas l'admiro. El Dr. J. Rof Carballo, fill de pare català i escriptor també en gallec (*«Mito e realidade da terra nai»*), President del *«Instituto de Ciencias del Hombre»* que ell va fundar, va tocar molts temes abordats avui aquí. En primer lloc, la Medicina psicosomàtica, però també altres més o menys lligats a ella, algún dels quals ja hem citat. Recordem encara *«Biología y Psicoanálisis»* i *«Las fronteras vivas del Psicoanálisis»*.

Havent sigut nomenat Director de l'esmentat Institut per ell fundat el Profesor català F. Mayor i Zaragoza, gran coneixedor de la biologia molecular, puc comunicar-vos ara que algunes de les estones més felices de la meva vida foren els sopars en que vaig poder compartir taula amb els tres homes plenament *humans* que acabo de citar.

El Prof. C. Ballús es refereix en algún punt al corrent cognitiu, al cognitivisme, que inunda de fet bona part de la Neuropsicologia actual, ni que sigui per moda o encara m'atreviria a dir per *snobisme*. B. Lechevalier en la seva al-locució presi-

dencial davant de la «*Société Française de Neurologie*» (1994) expressa la seva oportuna opinió al afirmar que en els nostres dies el terme «congnitiu» s'empra «a tort i a dret» (*«à tort et à travers»*). En un treball aparegut en el curs de l'any present a *«Revista de Neurologia»* m'ocupo de «situar», seguint en gran part a O. Sabouraud, el corrent o els corrents cognitivistes -doncs, de fet se donen «diversos cognitivismes» o «diverses psicologies cognitives»-, procurant fer-ho -mal m'està de dir-ho- amb fermesa i ponderació alhora. Fora engorrós i redundant refer aquí aquelles consideracions. Em limitaré a consignar que el cognitivisme pot desenvolupar una "sintaxi" -processament de la informació- però *no* una "semàntica".

M'estaré, em guardaré, d'acotar el que el Prof. C. Ballús exposa a propòsit dels quadres depressius. Fóra, com diuen a França, intentar aportar bullavesa a Marsella.

Cap el final de la seva exposició, el Prof. C. Ballús s'endinsa en reflexions relatives al darrer dels tres components de la seva orientació «bio-psico-social». És realment una temàtica molt important. Per una banda, pel que fa referència a la relació metge-malalt i al caire que aquesta pren segons que el malalt sigui vist com a pacient -i agent i actor també- de llur situació, o com a «client» o -simplement- com a *«usuari»* - en una mena de «col-lusió» distorsionadora que la societat, el malalt i el metge mateix poden propiciar i àdhuc cristalitzar-.

El malalt que se sent poderosament emparat per un sistema de Seguretat Social al qual ell hi contribueix aconòmicament -vulgui o no- potser que arribi a exigir, no a sol-licitar , l'assistència mèdica, i també a reclamar no ja tal assistència, sinó un presumpte «dret a la salut» -que, evidentment, ningú no pot garantir-li-.

Per una altra banda, la dimensió social de la Medicina -assistencial, preventiva, etc.- depassa la relació quasi-diàdica (és una expresió, ben raonada, de Laín) que ha d'establir-se entre el metge i llur malalt, inscribint-se en un àmbit global d'estructuració de la Societat, que pot oscil-lar des de l'estil més ultralliberal fins a l'extrem màxim de l'anomenat «Estat del Benestar», posem per cas la socialdemocracia sueca. En el seu grandiós volum sobre els *«Fundamentos de Bioética»*, D. Garcia Guillén recorda les propostes de Lord Keynes, i analitza l'evolució des d'una posició ultrancera de drets assistencials, formulada tot just acabada la Segona Guerra Mundial, fins a la prou coneguda de la Conferència d'Alma-Ata, que va posar l'accent sobre un necessari equilibri entre els tres nivells d'assistència, tot i recabant una atenció primordial pel nivell primari i la Medicina familiar, el que

he tingut ocasió de viure ben aprop, atesa la vocació i l'experiència de filles meves metges, com ja he fet constar molt més amunt. Vaig tocar aquestes qüestions en una Conferència que vaig pronunciar en el si d'aquesta Acadèmia, poc després objecte de publicació, la qual vaig centrar sobre la pregunta: «Per què formem neuròlegs, ara i aquí, exclusivament en Hospitals de tercer nivell?» (1991).

Si com diu Pep Guardiola el futbol és -o hauria de ser- més que altra cosa, bellesa -i no crec que el nostre President hi estigui en desacord-, és també quelcom molt bell -i en un sentit humanament mol pregon, gairebé colpidor- que el psiquiatre s'inquieti per la dimensió social que incideix en l'emmalaltir mental i que la cultivi en llur condicionament i en llur evolució. El Prof. J.L. Martí-Tusquets també ens en parlaria d'això.

En aquesta dimensió la Psiquiatria té, necessariamente, una visió més amplia i generosa que la Neurologia estricta. I aquí podem trobar un dels profits del nostre encontre i diàleg.

Nogensmenys, és ben fàcil desvetllar-ne molts d'altres. Encara més si hom té la dèria de pensar i de treballar no dins d'una Neurologia «reclosa», sinó «per una Neurologia oberta», títol que vaig donar a un assaig meu publicat, contant amb l' amistat de Max Cahner, a *«Revista de Catalunya»*, l'any 1987.

Darrerament m'ha interessat molt vivament posar l'accent sobre uns terrenys que ja han trepitjat Trimble i Lishman, per tornar a autors ja citats, i també Caine i Joint, Cummings i Hegarty, Yodofsky i Halles, etc. Em refereixo a aquella «franja» ja al-ludida de pas, en que Psiquiatria i Neurologia s'acabalguen i fecunden, apareixent, com assenyala el propi Trimble, una *«Neurologia de la Psiquiatria»* i una *«Psiquiatria de la Neurologia»*, sense que per això cap de les dues corri el risc de ser menystinguda, ans al contrari. És lo que he exposat en la meva Conferència *«Cómo se está estructurando una nueva «neuropsiquiatria selectiva»»* (1995-1996) a la que d'una o altra forma ja he fet esment.

Veiem doncs, Carles, que les relacions entre les nostres dues especialitats van renovant-se continuament i com el seu esdevenir s'ofereix prometedor. Ho diré, per acabar, amb un vers del meu admirat «investigador en poesia», de quina amistat, com també la nostra filla Mª Núria, vem tenir l'honor i la joia de poder gaudir, J.V. Foix, extret del seu bellíssim poema de Nadal *«Ho sap tothom i és profecia»*:

«Res no s'acava i tot comença»

Felicito ja ara a l'esposa del Prof. C. Ballús, Mª Teresa, i li prego que, una vegada més, dissimuli la meva tremolor senil.

Arribat aquí, sols em cal demanar-vos, Excssim. Senyor President d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, Prof. Josep Laporte i Salas, preuat i estimat company i amic, que tingueu a bé imposar al Prof. C. Ballús la medalla de la nostra corporació, tot i entregant-li el diploma que l'acreditarà com a Membre numerari de la mateixa.

Gràcies a tots.

St. Climent de Llobregat, 15 d'agost de 1996, Festivitat de la Assumpció de Sta. Maria.

BIBLIOGRAFIA

Barraquer-Bordas L. *Patología General del Sistema Piramidal. Janés. Barcelona, 1952*

Barraquer-Bordas L. *Fisiología y clínica del sistema límbico. Paz Montalvo. Madrid, 1955*

Barraquer-Bordas L. *Patología general del tono muscular (con un Capítulo sobre las hipertonías psiquiátricas y psicosomática a cargo del Dr. E. González Monclús). Científico-Médica. Barcelona, 1957*

Barraquer-Bordas L. *Aportaciones fisiológicas clínicas recientes sobre la región temporolímbica. Medicina clínica 1958;30(2):83*

Barraquer-Bordas L. *Neurología Fundamental. Toray. Barcelona, 1963, 2a. ed. 1968, 3a. ed. 1976*

Barraquer-Bordas L. *Neurología y Psicología profunda. Hacia un esbozo de una Neurología del inconsciente. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina 1968;8:238-262*

Barraquer-Bordas L. *Apuntes de un neurólogo sobre libertad y psicología profunda. Medicina Clínica 1969;53:322-329*

Barraquer-Bordas Ll. *Bases biológicas de la Psiquiatría.* Consideraciones finales. *XIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Reycosa. Madrid, 1977:237-260*

Barraquer-Bordas Ll. *Memoria a corto plazo, contexto y simbolización. Archivos de Neurobiología 1977;40:397-406*

Barraquer-Bordas Ll. *Sobre las bases biológicas de la Psiquiatría. Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona, 1979;6:253-266*

Barraquer-Bordas Ll. *La Psiquiatría como especialidad médica: su delimitación con la neurología. En: de Rivera JLG, Vela A y Arana J, eds. Manual de Psiquiatría. Karpos. Madrid, 1980:39-51*

Barraquer-Bordas Ll. *Aproximaciones al hombre-paciente desde la clínica neurológica. Sant Pau 1985;6:159-163*

Barraquer-Bordas Ll. *Aspectos neurológicos de la relación mente-cuerpo. En: Dou A (ed.). Mente-Cuerpo. Mensajero. Bilbao, 1986:65-112*

Barraquer-Bordas Ll. *Mig segle de Neurología clínica viscuda. Discurs d'ingrés. Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, 1988*

Barraquer-Bordas Ll. *Ment-Cervell. Sant Pau 1989;10:114-115*

Barraquer-Bordas Ll. *La situación del sistema nervioso durante los ensueños. Algunas pistas para la integración del splitting neurofisiología/psicodinámica. Confluencias 1989;3:10-17*

Barraquer-Bordas Ll. *De l'anécdota clínica d'aparença neurològica vers el fond psicodinàmic que la organitza. Sant Pau 1989;10:171-177*

Barraquer-Bordas Ll. *¿A la búsqueda de nuevas dimensiones de la neuropsicología?. Archivos de Neurolobiología 1990;53;185-192*

Barraquer-Bordas Ll. *Psicosomática en Neurología. En: I. Anguera de Sojo, ed. «Medicina Psicosomática». Doyma. Barcelona, 1990*

Barraquer-Bordas Ll. *A la recerca d'una neuropsicología dinàmica dels somnis. Rev. Neurol (Barcelona) 1991; XIX:97-107*

Barraquer-Bordas Ll. *Per què formem neuròlegs, ara i aquí, exclusivament en hospitals de tercer nivell. Annals de Medicina 1991;77:191-195*

Barraquer-Bordas Ll. *Sobre las diferentes capacidades involucradas en la memoria y sobre las disociaciones condicionadas por síndromes amnésicos. Archivos de Neurobiología 1992;55:57-67*

Barraquer-Bordas Ll. *Sobre la complejidad neurofisiológica del dormir. De Jouvet a Steriade. Archivos de Neurobiología 1993;56:178-181*

Barraquer-Bordas Ll. *Els malsons i les conductes agressives durant el somni paradoxal sense atonía com a expressió del «principi de mort». Revista Catalana de Psicoanàlisi 1994;9:119-128*

Barraquer-Bordas, Ll. *Cerebro-mente en Neurología clínica. Arbor 1994;CXLVII:101-141. Idem. en: Cerebro-mente (F. Mora ed.) Alianza Edtorial. Madrid. 1995*

Barraquer-Bordas Ll. *En el Centenario de J:M: Charcot (1825-1893).*

De su personalidad e intimidad a las ambivalencias de la «grandeur» de su obra. Archivos de Neurobiología 1994;57:1-15

Barraquer-Bordas Ll. *De la neuropsicología «escueta» a la neuropsicología cognitiva y a la dinámica. Con un recuerdo de la Neurología de la conducta y de la Psiquiatría biológica y una alusión al conductismo. Revista de Neurología (Barcelona) 1996;24:101-103*

Barraquer-Bordas Ll. *Lo orgánico y lo funcional, lo neurótico y lo psicógeno, lo endógeno y lo exógeno. Revista de Neurología (Barcelona) 1996;24:653-657*

Barraquer-Bordas Ll. *Cómo se está estructurando una nueva "neuropsiquiatría selectiva". Revista de Neurología (Barcelona)* 1996: 24: 999-1007.

Barraquer-Bordas Ll. G. Valdecasas Santamaría F, Jané-Carrencà F, Artigas Reventós A y Martínez-Carretero JM.: *La Medicina. Actualidad y reflexiones. Ed. Humanitas. Barcelona, 1983.*

ÍNDEX

Presentació 9
Plantejament del tema. 15
Medicines "pre-helèniques". 17
Grècia: sorgeix la medicina naturalista 18
Medicina i persona
-La Medicina psicosomàtica. 21
-Medicina antropològica. 24
-Medicina psicosomàtica i orientacions psicodinàmiques. 27
Somatitzacions i trastorns afectius. 30
Altres aportacions psicològiques i biològiques. 31
Medicina i persona a casa nostra 33
- J. de Letamendi, P. Lain Entralgo, J. Rof Carballo. 34
- La eubiatria de E. Mira i López. 37
Per una medicina integrada 38
Vers una nova medicina. Síntesi i recapitulació. 43
Bibliografia. 47

Discurs de resposta de l'Acadèmic numerari 51
Molt Iltre. Dr. Lluis Barraquer i Bordas 53
Bibliografia. 69