

EL PAPER D'UN LABORATORI DE PSICOLOGIA ANORMAL DINS UN HOSPITAL UNIVERSITARI

L. GARCIA SEVILLA, G. CANALDA, T. DE FLORES, N. NERÍN, J. PÉREZ

Les planes que segueixen miren de posar en relleu les competències, les funcions i els avantatges d'un laboratori de psicologia anormal dins un hospital universitari. Un laboratori així hauria d'ésser de recerca bàsica, i no tant per ella mateixa sinó com a dinamo de qualsevol altre tipus de recerca. Si no hi ha cap laboratori com el proposat al nostre país, és degut, en principi, a la irracional distribució de la renda i a la irracional organització social. D'altra banda, en absència d'aquestes irracionalitats però sense autogovern, aquest laboratori fóra a uns 700 km de distància, a Madrid. Som molt conscients que ara com ara no és possible de fundar laboratoris com cal. Però també estam convençuts que no cal restar amb les mans plegades, perquè hom pot fer moltes passes ja, ara: l'atorgament de personalitat jurídica no costa gens, la dedicació exclusiva de professors universitaris pot generar el personal, un pressupost modest no és impossible, etc. És a dir, hom pot crear i/o mantenir una tradició experimental i recercadora professional. Així quan els canvis polítics-econòmics i l'autogovern permetin els laboratoris de veres, els preexistents donaran més aviat fruit, perquè en definitiva es tracta de servir.

UN GRAN DÈFICIT EN RECERCA. — Ja és un tòpic d'afirmar que la carrera de Medicina només prepara professionals per a manejar la meitat dels pacients totals (SIDAVON, 1969). En realitat aquesta està polaritzada al voltant de les ciències físico-químiques, i com a tal carrera exclou les ciències de la conducta. De fet només dues assignatures, la Psicologia Mèdica i la Psiquiatria, podrien ésser adscrites a les ciències de la conducta, encara que la Psiquiatria més aviat pot ésser catalogada com d'orientació biològica. Per això els metges, en general, es troben desarmats davant les alteracions comportamentals de causa no orgànica, i per això alguns psiquiatres s'omplen de confusió quan, en adonar-se de la forta influència de l'ambient sobre la conducta, rebutgen la tradi-

ció físico-química dins la qual han estat formats sense poder-se entroncar dins la tradició ambientalista que desconeixen. Teòricament aquesta altra cara de la Medicina hauria d'ésser manejada pels psicòlegs, professionals de les ciències de la conducta. Dissortadament la carrera de Psicologia encara no ha assolit el nivell científic i tecnològic adequat per a formar professionals vertaderament capacitats. I si no ha assolit aquest nivell és perquè la psicologia científica, experimental, encara no ha fet cent anys, i aquest arbre jove és amagat pel bosc dels arbres mil·lenaris de les «psicologies» pseudo-científiques. Justament, aquestes «psicologies» no experimentals, inútils per a la pràctica, fan que el metge format dins la tradició experimental desconfii de la solució dels problemes conductuals presentats per molts dels seus pacients. Una posició assenyalada ens ha de fer fugir d'aquest pessimisme infundat, i també de minimitzar la importància dels pacients amb alteracions comportamentals.

Aquests pacients són etiquetats com a «malalts funcionals», «psicogenètics», «psicosomàtics», «psicògens», «psicofisiològics», etc. Aquesta diversitat de termes ja indica la problemàtica assistencial que plantegen. Però si del nom general esbrinem les síndromes, els símptomes o els trastorns concrets que presenten aquests pacients (vegeu Apèndix I), la problemàtica augmenta. En un estudi que hem dut a terme a l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (Apèndix I), aquests pacients formen aproximadament el 40 % de les persones que requereixen el servei d'un hospital general. I aquesta xifra és més aviat una xifra baixa, perquè aquest hospital pot ésser concebut com una sèrie d'embuts successius que només deixen passar els malalts orgànics tot escopint els malalts funcionals. Així, els pacients funcionals formen el 65 % dels usuaris del dispensari de patologia general, i aquest percentatge disminueix a mesura que augmenta el grau d'especialització del servei. Curiosament no hi ha un servei especialitzat en aquest tipus de pacient, servei que d'altra banda seria molt important per la quantitat de demanda que existeix. Si no hi ha aquest servei, probablement és degut al desconeixement científic d'aquests problemes i a la manca de tècniques científiques de tractament. Així, el 34 % d'aquests pacients, probablement els més «psiquiàtrics», són enviats al servei de psiquiatria, i la resta és manejada pels mateixos metges a base de psicofarmacologia i de psicoteràpia, just fent una «psiquiatria menor». Malgrat aquesta decisió de tractament d'aquests trastorns pels metges hospitalaris, la majoria d'ells (70 %) consideren que la Medicina actual no està suficientment desenvolupada per a solucionar aquests casos.

Però aquesta necessitat de recerca també és evident dins aquell camp de la Medicina que tracta de les alteracions conductuals, la Psiquiatria. Desgraciadament encara són en gran part actuals aquests mots de KRAEPELIN (1904): «Per molt que la nostra confiança creativa pugui

disminuir per les dificultats i les decepcions, i encara que molts dels nostres grans problemes puguin ésser insolubles en llur forma present, tanmateix, la nostra experiència ja ha mostrat més enllà del dubte que l'experiment psicològic no és sols útil ans és una part indispensable del nostre bagatge científic. Això és el més important de tot, perquè en psiquiatria, més que en qualsevol altra branca de la medicina, la interpretació i la construcció de sistemes són molt més apreciats que la simple observació. Dins les nostres sessions clíniques piquiàtriques trobem constantment una superabundància de lluïments individualistes; una arbitrarietat indisciplinada que troba suficient espai per als seus jocs només perquè fins ara l'avanç lent de la ciència autèntica no n'ha reduït prou les possibilitats. Ouasi tots els psiquiatres assumeixen el dret —de vegades considerat fins i tot com a una obligació!— de començar per construir llur propi sistema psicològic sobre la base d'observacions grolleres de pacients, d'animals o àdhuc de referències a estudis literaris. ¿Quins representants de la medicina interna gosarien proclamar un nou sistema de fisiologia que no fos basat en fets adquirits laboriosament i comprovats dins el laboratori?» La cruesa d'aquests mots és motivada per la contaminació ideològica que patí i pateix la psiquiatria (Apèndix II).

D'altra banda, el progrés clínic en psiquiatria ja no és generat a la capçalera del malalt, sinó en la recerca, igual com passa a la resta de la Medicina. Així la modificació de la conducta, un dels avenços més importants dins la psiquiatria moderna (Apèndix II), és considerada pels seus capdarrers com inextricablement lligada a la recerca, ja que la modificació o terapèutica de conducta és «un conjunt de tècniques que són aplicacions directes de dades i principis de laboratori. Els principis i la tecnologia de la modificació de conducta són primer desenvolupats i validats al laboratori i després aplicats a les situacions clíniques» (KRASNER i ULLMAN, 1965), és «l'intent d'utilitzar sistemàticament el cos de coneixements empírics i teòrics que ha resultat de l'aplicació del mètode experimental en Psicologia, per a aplicar-lo al tractament o prevenció d'alteracions de la conducta mitjançant estudis experimentals controlats de casos individuals» (YATES, 1970), «deriva de la Psicologia Experimental, i significa un intent d'aplicar els fets i la metodologia d'aquesta disciplina a les alteracions de la conducta humana» (RACHMAN, 1975), «consisteix en l'aplicació de principis establerts experimentalment per a anorrear hàbits persistents desadaptatius, esbrinant el rang sencer de les ciències de la conducta, per tal de trobar principis rellevants» (WOLPE, 1973), «és un conjunt de mètodes de tractament derivats de la moderna teoria de l'aprenentatge, i de tota mena d'estudis de laboratori fets amb animals i amb humans» (EYSENCK, 1976). (Les definicions usades dins aquests paràgraf són tretes de TOBEÑA (1977), a qui agraïm des d'ací aquest manlleu.)

CONCEPTE DE PSICOLOGIA ANORMAL. — Als Països Catalans no hi ha ni un sol centre dedicat a la recerca sobre la problemàtica esmentada suara. Aquesta mancança no és deguda només a l'estat de prostració en què es troba la recerca en general al nostre país (COLOMINES, 1976). En el nostre cas també intervé fonamentalment l'endarreriment de la psicologia local, o si més no el trencament d'una evolució molt normal de la psicologia a causa de la guerra de 1936-1939 i de les seves conseqüències. Per això no seria una feina inútil mirar de conceptualitzar d'una forma unitària la problemàtica que ens ocupa. D'antuvi direm que el nom que li escau és el de *psicologia anormal*, cosa que justificarem ara mateix:

Des del punt de vista històric, la revista més antiga d'aquesta matèria, el *Journal of Abnormal and Social Psychology*, fundada el 1906 per Norton Prince, referint-se a la psicologia anormal deia: «... Posa l'accent més aviat en la recerca bàsica, en la teoria, que no pas en les tècniques i arts de la pràctica. La psicologia anormal és definida àmpliament a fi d'incloure-hi treballs sobre el coneixement fonamental de la patologia, dinàmica i desenvolupament de la personalitat i de la conducta individual, incloent-hi la deterioració per l'edat i la malaltia». A partir del 1965 aquesta revista passà a dir-se simplement *Journal of Abnormal Psychology*. *Journal of Abnormal Psychology* donarà prioritat als articles sobre problemes relacionats amb la conducta anormal, definida àmpliament. Els interessos de la revista inclouen així els següents: *a)* psicopatologia, el seu desenvolupament o adquisició, el seu tractament o remissió, i la seva simptomatologia i curs; *b)* processos normals en individus anormals; *c)* trets patològics o atípics de la conducta de les persones normals; *d)* estudis experimentals, amb subjectes humans o animals, en relació amb la patologia emocional o conductal; *e)* efectes socials o de grup sobre l'equilibri psíquic (*adjustment*) o els processos patològics; *f)* posar a prova hipòtesis de la psicoanàlisi o d'altres teories psicològiques. Aquesta llista no pretén d'ésser exhaustiva...» (HUNT i THETFOVEL, 1965).

Com veiem, el nom de psicologia anormal és l'acreditat per la tradició, cosa que no vol dir que no presenti problemes. Així, MIZUSHIMA (1975) remarca que «el mot *anormal* és usat amb diferents sentits i també amb diverses combinacions d'ells. Les principals dimensions de diferenciació són: *a)* si és definit com a desviació de la normal ideal o com a raresa estadística; *b)* si la definició d'anormalitat ha d'ésser universal o ha de diferir segons la cultura; *c)* si està basat en característiques objectives de conducta, o en el fet que una persona sigui molesta per a ella mateixa o per a altri, o motivi sancions d'altri». Si malgrat aquesta diversitat de sentits ens entenem quan cataloguem una conducta d'anormal, és perquè per a considerar una conducta com a tal usem un doble criteri: la desviació estadística i la desviació de

la norma. Així, considerem com a anormals un Q. I. de 50, però no un Q. I. de 150, una neurosi, però no l'equilibri psíquic (EYSENCK, 1973).

Tanmateix, descriptivament el camp de la psicologia anormal és prou clar. EYSENCK (1973) dividí el contingut de la segona edició del seu *Handbook of Abnormal Psychology* de la manera següent:

- 1.^a Part: Descripció i mesura de la conducta anormal.
 1. Classificació i problemes de diagnòstic.
 2. Epidemiologia i psicologia anormal.
 3. Conducta criminal.
 4. Droga-addicció.
 5. Conducta sexual anormal (mascles).
 6. Conducta sexual anormal (femelles).
 7. Subnormalitat mental.
- 2.^a Part: Estudis experimentals de conducta anormal.
 8. Anormalitats de les funcions psicomotores.
 9. Anormalitats de la percepció.
 10. Reactivitat somàtica: Metodologia.
 11. Reactivitat somàtica: Interpretació.
 12. Anormalitats de la motivació.
 13. Personalitat, aprenentatge i «ansietat».
 14. Anormalitats cognitives.
- 3.^a Part: Causes i determinants de la conducta anormal.
 15. Factors constitucionals i conducta anormal.
 16. Herència i anormalitat psicològica.
 17. Experiència primerenca i d'altres factors ambientals.
 18. Vellesa.
 19. Relacions psicosomàtiques en la malaltia física.
- 4.^a Part: La modificació de la conducta anormal.
 20. Estudis animals sobre conducta anormal.
 21. Psicofarmacologia.
 22. Els efectes del tractament psicològic.

D'altra banda, EYSENCK (1973) ha aconseguit de conceptualitzar clarament la psicologia anormal: «La nostra concepció de la anormalitat... és més aviat en termes de funcionament defectuós de certs sistemes psicològics. La delimitació d'aquests sistemes, i l'especificació de les lleis d'acord amb les quals treballen, és la tasca de la psicologia experimental. No hi ha la pretensió que tot és conegut sobre aquests sistemes, o sobre les lleis que governen llur funcionament. Nosaltres som prou conscients del baix nivell de coneixements, i de l'alt grau d'especulació, que són tan característics de fins i tot les parts més desenvolupades de la psicologia. Però per pobra que pugui ésser com a base, és tot el que hi ha; les bones intencions no poden conjurar el coneixe-

ment científic, i és millor de refiar-se d'una base segura i petita que surar sobre núvols insubstancials de generalitzacions putatives i espúries sense referència a la realitat».

És a dir, EYSENCK concep la psicologia anormal com una part de la psicologia general, de la psicologia experimental. Amb aquest mateix esperit, un de nosaltres (GARCIA SEVILLA, 1975) insistí en la necessitat de considerar l'existència d'un *continuum* entre psicologia experimental bàsica, psicologia experimental anormal i pràctica psiquiàtrica, igual com el que hi ha entre fisiologia, fisiopatologia i pràctica clínica. A hores d'ara comptem al nostre país amb els dos extrems del *continuum*, la psicologia experimental bàsica i la psiquiatria, cosa que fa més patent la manca de la psicologia anormal. A més, és ben possible que si la psicologia experimental bàsica i la psiquiatria nostres no han aconseguit el nivell que tots voldríem, un dels factors sigui l'absència de llur nexa d'unió, la psicologia anormal. Ens pot consolar poc de pensar que la psicologia anormal també és absent de l'Estat Espanyol; CAMPOS i AGUADO (1977) han remarcat que només el 4,25 % dels articles publicats des del 1960 fins al 1974 a la principal revista espanyola de Psicologia (*Revista de Psicología General y Aplicada*) són dedicats a la psicologia anormal, essent aquesta tan important i extensa.

TIPUS DE RECERCA. — D'una manera clara, ens manca recerca dins el camp de la psicologia anormal. El problema és d'esbrinar quin tipus de recerca ens cal, i amb això encetam una polèmica ja massa vella: recerca bàsica versus recerca aplicada. Per als recercadors, bàsics o aplicats, no existeix la dicotomia entre explicar o transformar la realitat, perquè s'adonen del gran poder transformador i vertaderament revolucionari del coneixement científic. Per això la majoria dels recercadors donen la màxima importància a la recerca bàsica. Però si la polèmica persisteix és per la senzilla raó que no són els científics qui controlen els òrgans de poder. Qui decideix quin tipus de recerca hom ha de fer és gent, en general, poc o no gens preparada científicament, i que per tant desconeix el vertader abast del coneixement científic. Per això hi ha la polèmica. No amagam que som favorables a la recerca bàsica i ho som perquè consideram que és la més útil i la possibilitadora de l'aplicada. La nostra postura no implica el rebuig de qualsevol recerca no bàsica, ans consideram que el fet important és el recercar i que la recerca bàsica és la generadora de tota la resta de tipus de recerca. Hi ha tres tipus de recerca possibles dins la Medicina, ordenats segons el grau d'infraestructura requerit, que és l'altra cara de la basicitat:

1. *Recerca tecnològica*. És la recerca que té com a finalitat posar a punt una tècnica. Des del punt de vista pragmàtic, és la més valorada perquè és la més acostada al guany immediat. És el tipus de recerca més comú als hospitals del nostre país, i això en demostra justament

l'endarreriment científic. Efectivament, la recerca tecnològica és importantíssima perquè sense ella els coneixements científics serien inoperants des de la perspectiva de la transformació de la realitat. Però el fet de posar a punt una tècnica implica *el descobriment o invent previ* de la dita tècnica. Aquests invents o descobriments no són abundosos al nostre país. D'ací que molts dels nostres professionals hagin d'anar a d'altres països a aprendre tècniques específiques. Després tornen i posen a punt la dita tècnica ací, tot fent una recerca tecnològica. Moltes vegades la recerca es limita a un simple reajust a la xarxa elèctrica local dels instruments importats. Poques vegades aquesta adaptació de tècniques foranes genera una recerca important per la quantitat i/o la qualitat. Així, i malauradament, la majoria de professionals que importen i adapten una tècnica es fossilitzen amb ella, i la transformen en una rutina, rutina que d'altra banda no deixa d'ésser útil.

Però si la recerca tecnològica fos el final d'una prèvia i lògica recerca aplicada, els inconvenients esmentats desapareixerien. I sense ésser tan exigents, si en comptes d'enviar professionals nostres a l'estranger per a importar una a una tècniques ja usades, hom creés centres de recerca tecnològica locals la finalitat dels quals fos posar a punt tractaments estàndars, el guany científic, econòmic i polític seria important. Dins el camp de la psicologia anormal caldria que professionals de la recerca posessin a punt, per exemple, tècniques de condicionament instrumental de respostes vegetatives (*biofeedback*) per al tractament de trastorns psicofisiològics (hipertensió arterial essencial, etc.), adaptessin tècniques d'autocontrol, enllestissin mètodes diagnòstics objectius, etc. És a dir, en comptes del procediment usat fins ara, caldria formar equips de professionals que anessin introduint una darrera l'altra les tècniques que ens manquen.

2. *Recerca aplicada.* Aquest tipus de recerca té com a finalitat la creació de tècniques, en el cas mèdic: tractaments, mètodes diagnòstics, etcètera. És una recerca epistemològicament anterior a la tecnològica, i per això és més bàsica que aquella. Si la recerca tecnològica, l'única estrictament necessària per al funcionament actualitzat dels nostres hospitals, és solventada amb beques per a postgraduats joves que se'n van a l'estranger, la recerca aplicada, la clínica, passa als nostres hospitals com la recerca per antonomàsia. Ara bé, tot i ésser el tipus de recerca més mèdic, no abunda als nostres centres mèdics. La raó és ben senzilla: manca de recercadors qualificats. És a dir, aquest tipus de recerca implica una col·laboració entre el metge clínic i el metge recercador. Si bé tothom està d'acord que formar un bon metge-clínic és una feina d'anys, quasi ningú no s'adona que fer un bon metge-recercador costa igual, amb l'agreujament que al nostre país no hi ha la carrera de metge-recercador. Així, si hom parla, per exemple, d'estadís-

tica aplicada a la recerca amb els metges que fan investigació clínica, hom comprovarà, fora excepcions notables, grans deficiències.

En conclusió, la recerca aplicada en Medicina és el fruit de la cooperació entre dos professionals: el clínic i el recercador. Com que no produïm específicament recercadors, i són pocs els metges clínics que espontàniament esdevenen professionals de la recerca, per això la nostra recerca aplicada és ben pobre. En el cas de la psicologia anormal, serien els psicòlegs els qui haurien de fer el paper del metge-recercador, però desgraciadament aquesta carrera també està enfocada al nostre país tan «pragmàticament» com la de Medicina. D'altra banda, la recerca clínica aplicada, en psicologia anormal, és inevitable, perquè les variacions culturals de país a país, o de comunitat a comunitat, poden ésser prou importants com per a variar l'eficàcia d'una tècnica.

3. *Recerca bàsica.* La finalitat de la recerca bàsica és el descobriment dels mecanismes, l'explicació de la realitat que ens envolta. Massa sovint els mitjans de comunicació han presentat la imatge del científic bàsic com un ésser insolidari amb la resta de la societat, tancat dins la seva torre de vori, fred de sentiments, cruel i egoista. I tot això al costat d'una intensa propaganda de la ciència i de les tècniques científiques. Com hom pot explicar això? Ja ho hem insinuat: Qui té el poder vol guanys pragmàtics a curt terme, però no vol recerques fondes que puguin explicar i desmuntar el seu domini; de fet s'adona d'una manera crepuscular de la força revolucionària del coneixement científic. Evidentment qui té el poder social no argumenta així, ans raona que la recerca bàsica és cara i que els recursos socials són limitats, i que per tant cal gastar-los en tècniques útils i, naturalment, científiques. Dient això no explica que la majoria de recursos del país són usats en tècniques de domini social. Davant aquest raonament, només li resta al científic de mostrar la seva falsedat i de demostrar la major utilitat de la recerca bàsica.

Hom podria pensar que aquests problemes només són típics de països pobres com el nostre. Cal respondre que el nostre país no és pobre, sinó que són pobres els recursos públics, mentre que els privats no són tan migrats, i que països tan «rics» com els Estats Units d'Amèrica també tenen aquesta polèmica. A partir de la presidència de Lyndon B. Johnson, l'administració americana començà a restringir les ajudes destinades a la recerca bàsica. Curiosament aquesta restricció fou contingent amb un fort increment de les despeses destinades a una guerra de domini, impopular i cruel, la de Viet-nam. Naturalment això no fou dit, per contra hom desencadenà una campanya demagògica a favor de la recerca aplicada i de la seva utilitat, usant els arguments que exposavem suara.

CONROE i DRIPPS (1976) han fet un treball seriós i llarg durant anys per a rebatre aquests arguments falsos. Seleccionaren les malalties

cardiovasculars perquè representen més del 50 % de les causes de morts als Estats Units. Demanaren a 40 metges que opinessin sobre els avenços clínics més importants des del 1940 per a controlar aquestes malalties. Aquesta llista d'avenços clínics fou completada i votada per una cinquantena d'especialistes cardíacs i pulmonars. Els deu avenços més votats foren, per nombre de vots: Cirurgia cardíaca, Cirurgia vascular, Tractament farmacològic de la hipertensió, Tractament mèdic de la insuficiència coronària, Ressucitació cardíaca (cardioversió, desfibril·lació, etc.), Diürètics orals, Unitats de vigilància intensiva cardiovasculars, Quimioteràpia i antibiòtics, Nous mètodes diagnòstics, Prevenció de la poliomielitis (especialment de la paràlisi respiratòria). Aquesta llista d'avenços fou presentada a 140 consultors, dels quals el 25 % eren científics bàsics, a fi que opinessin sobre els progressos de tot ordre que havien possibilitat els dits avenços clínics. D'aquesta manera foren examinats 4.000 articles publicats, articles que foren reduïts a 529 pels consultors, després d'eliminacions successives. Aquests 529 articles foren, doncs, els possibilitadors dels deu avenços clínics esmentats. Finalment aquests articles foren classificats en sis categories, amb els percentatges següents:

Recerca bàsica no relacionada amb problemes clínics.	36,8 %
Recerca bàsica relacionada amb problemes clínics.	24,9 %
Recerca clínica, no bàsica	21,2 %
Revisions i síntesis	1,8 %
Avenços tecnològics	3,9 %
Avenços tecnològics clínics	11,4 %

Aquests resultats mostren que, dels progressos que possibilitaren els principals avenços clínics, el 61,7 % són de recerca bàsica. COMROE i DRIPPS concloueren «que l'avenç clínic requereix diferents tipus de recerca i desenvolupaments i no un amb exclusió d'altres», i «que la recerca bàsica rescabala, en termes de descobriments clau, quasi dues vegades més generosament que els altres tipus de recerca i desenvolupaments combinats».

Nosaltres hem arribat a resultats semblants dins el camp de la psiquiatria (vegeu Apèndix II). Valia la pena de tractar de replicar els resultats de COMROE i DRIPPS, perquè hom podria aduir que no es confirmarien en aquelles parts de la Medicina no tan tecnificades com el camp cardiovascular. El nostre procediment ha consistit a determinar, mitjançant la votació de tots els psiquiatres d'un servei psiquiàtric universitari, els avenços clínics més importants de la psiquiatria en els darrers 25 anys. Hem considerat com a avenç aquell votat per més del 50 % de psiquiatres. Així hem determinat tres avenços: la clorpromazina, els treballs de J. WOLPE i la iniciació del moviment antipsiquiàtric. Finalment hem classificat la bibliografia citada als articles o

llibres capitals on foren publicats aquests avenços per a la clínica. El resultat de la classificació de les tres bibliografies conjuntament, dona la distribució següent de percentatges:

Recerca bàsica	53,77 %
Revisions	26,41 %
Recerca aplicada	16,03 %
Filosofia	2,20 %
Literatura.	1,57 %

Com podem comprovar, els resultats fonamentals de COMROE i DRIPPS són confirmats, encara que el percentatge menor d'ambdues recerques i els percentatges de la filosofia i la literatura (absents en els treballs cardiovasculars) mostren la immaduresa relativa de la psiquiatria.

Quin tipus de recerca cal fer?: Hem vist que la recerca bàsica és la més important tant des del punt de vista científic com des del punt de vista pràctic. Això no vol dir que s'hagin de menystenir els altres tipus de recerca, ans cal arribar a un equilibri. Des de la perspectiva que venim defensant, la constitució d'un centre de recerca sobre psicologia anormal dins un hospital universitari, qualsevol tipus de recerca i l'equilibri entre ells depèn de l'existència de recerca bàsica. Efectivament, un centre de recerca psicològica bàsica aïllat dels hospitals tendiria a mantenir-se dins aquesta postura a causa de la dinàmica pròpia de la recerca bàsica i de les raons més amunt comentades. D'altra banda, un hospital necessita inajornablement recerca tecnològica si vol estar mínimament al dia. A més a més, la recerca més provocativa dins un hospital és l'aplicada, la clínica, i encara més si l'hospital és universitari. Però hem vist que la recerca tecnològica s'esgota ràpidament si al darrera no hi ha recerca aplicada, i aquesta no pot ésser potenciada si no hi ha una estreta col·laboració entre clínics i professionals de la recerca. I un recercador professional es fa i es perfecciona dins la recerca bàsica.

Així, doncs, un centre de recerca psicològica anormal dins un hospital impulsaria tots els tipus de recerca si comptava amb activitats de recerca bàsica. I això perquè aquest centre no podria deixar de respondre als estímuls provocadors de recerca tecnològica i aplicada provinents de l'hospital. Pensem que si un hospital comptés amb uns professionals i l'equip material necessari per a estudiar problemes bàsics com és ara els anàlegs de la personalitat, i models experimentals de neurosis i psicosis, aquests professionals i equip fàcilment farien, amb l'ajut clínic suficient, estudis tecnològics i aplicats sobre psicologia anormal, quasi com a subproducte de la recerca bàsica.

Un centre tal generaria una sèrie de profits per al seu entorn. Òbviament la clínica se n'aprofitaria directament, i per aquesta única raó

centres així s'hauran de crear més tard o més prest al nostre país, perquè no podem oblidar per sempre més el 40 % dels pacients. A més serviria per a facilitar la formació de recercadors en psicologia anormal, tasca encara més necessària si considerem que ni la carrera de Medicina ni la de Psicologia miren de resoldre aquest problema. Des d'un punt de vista estrictament acadèmic, un centre així donaria molt de joc a l'ensenyament tant de la Psicologia Mèdica com de la Psiquiatria, a més de començar a perfilar una matèria del tot necessària dins el *curriculum* de Medicina: la Psicologia anormal, pont entre la Psicologia i la Psiquiatria.

LA MATERIALITAT D'UN LABORATORI. — Per a tirar endavant les tasques suara esmentades cal el mitjà: un laboratori. Un laboratori no és un espai físic, una cambra amb un rètol, sinó un equip de treball que permeti de dur a terme totes les feines complexes de la recerca científic-natural. Existeix un laboratori si, i només si, un equip és prou autònom i capaç de fer totalment una recerca, des de la concepció de la idea experimental, o del problema plantejat, fins a l'avaluació dels resultats i l'enllestiment d'un informe per a publicació. Els extrems més materials d'aquesta cadena són al començ la recerca bibliogràfica sobre un tema, i al final el processament estadístic de les dades. Just considerant la gran quantitat de temps tudent pels heroics recercadors dels nostre país en aquests dos caps de la cadena, ens adonarem de la pràcticament inexistència de laboratoris nacionals.

Malauradament el concepte que té d'un laboratori el poder actual no coincideix amb el suara explicat. Per a qui té el poder, un laboratori és, ultra un edifici o part d'ell, l'instrumental, i com més car millor. No volem entrar en consideracions polític-comercials ni d'administració pública implicades dins aquesta concepció. Ens estimem més d'enfocar aquest problema amb una perspectiva empírica. CAMPOS i AGUADO (1977), en un estudi sobre la recerca psicològica a l'Estat Espanyol, un panorama tristíssim, només esmenten un laboratori de recerca bàsica a l'Estat: el Laboratori de Conducta de la Universitat Autònoma de Barcelona. L'estudi de l'evolució d'aquest laboratori des del 1972 fins als 1976 (GARCIA SEVILLA, 1973; TOBEÑA, 1976; GARAU, 1975; MARTÍ, 1976) permet de concloure que les condicions més importants, de major a menor, per a l'existència d'un laboratori bàsic en psicologia són: 1) El reconeixement legal del laboratori, és a dir, la seva personalitat jurídica dins un àmbit major (universitat, hospital, etc.); 2) Personal amb dedicació estable i exclusiva, cosa que vol dir recercadors professionals; 3) Pressupost propi; 4) Assistència tècnica proporcionada per d'altres laboratoris i per la secretaria administrativa; 5) Instrumental, estabulari, etc.; 6) Espai i adequació de l'espai.

Com veiem, l'espai i l'instrumental ocupen els llocs darrers. Ja

Tirant lo Blanc opinava que per a guanyar una guerra cal «gent, argent i forment». En definitiva, un laboratori es crea a base de reconèixer l'existència d'un grup de professionals de la recerca tot dotant-los d'un pressupost. Som molt conscients que ara com ara no és possible de fundar laboratoris com cal. Però també estam convençuts que no cal restar amb les mans plegades, perquè hom pot fer moltes passes ja, ara: l'atorgament de personalitat jurídica no costa gens, la dedicació exclusiva de professors universitaris pot generar el personal, un pressupost modest no és impossible, etc. És a dir, hom pot crear i/o mantenir una tradició experimental i recercadora professional. Així quan els canvis político-econòmics i l'autogovern permetin els laboratoris de veres, els preexistents donaran més aviat fruit, perquè en definitiva es tracta de servir.

APENDIX I

Enquesta realitzada a una mostra de metges de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

OBJECTIU. — Tractar de posar de manifest el volum de pacients amb patologia no orgànica i la problemàtica que originen, dins un hospital universitari.

INTRODUCCIÓ. — Si bé sempre esmentem la importància dels trastorns anomenats «funcionals», «psicosomàtics», «psicògens», «psicofisiològics», arreu de la clínica, les dades quantitatives aportades per diferents autors no coincideixen (MASCHERPA, 1971). Així, MEYER (1959) considera que més del 25 % de les persones que visiten la consulta del metge són pacients dels anomenats «funcionals». GUYOTAT (1967) (citat per SIVADON, 1969) donà xifres del 30-50 % de pacients funcionals entre la clientela dels metges. PEDERSEN (1976) concloué que els metges d'hospital veuen pacients psicògens en la consulta, havent-hi un predomini de pacients psicògens amb component orgànic, arribant les xifres fins al 50 %. Però els malalts estrictament mèdics, orgànics, també presenten alteracions psicològiques que necessiten atenció. En aquest cas també ens trobem que les xifres no es corresponen. Així, SCHAB i collab. (1967) concloueren que el 22 % dels malalts mèdics pateixen de depressió, SIVADON (1969) considerà que el 42 % dels malalts que arriben a un servei d'urgències necessiten assistència psiquiàtrica. FERRER i collab. (1975) posaren en relleu la gran incidència de trastorns psicològics i psiquiàtrics en els malalts ingressats dins d'una unitat de vigilància intensiva cardio-vascular. D'altra banda, ja ve d'antic la necessitat de veure el malalt tant des del punt de vista orgànic com des del psicològic, BALLÚS i collab. (1972).

Creiem que les diferències en la quantificació tant del percentatge de pacients «psicosomàtics» com del percentatge de malalts mèdics amb trastorns psicològics depèn de la mostra de pacients que hom ha fet servir. La nostra intenció és cercar aquests percentatges, i la patologia que s'hi pot presentar, segons els diferents serveis d'un hospital general, concretament l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (HCPB), que és un hospital general de més de mil llits, organitzat per especialitats, universitari i benèfic.

PROCEDIMENT. — En primer lloc, foren enquestats oralment tots els caps de servei i de secció de l'HCPB. A partir d'aquests resultats fou elaborada una enquesta escrita definitiva. L'enquesta anava precedida d'una breu introducció al tema, i tant l'una com l'altra foren redactades amb un esperit deliberadament eclèctic dins les concepcions psicosomàtiques (LADER, 1972): «La majoria de les malalties són etiològicament multifactorials, intervenint-hi tant factors somàtics com psicològics. Esquematzant, podem imaginar un continuum orgànic-psicogenètic al llarg del qual podríem col·locar les diferents malalties. D'altra banda, l'experiència clínica mostra que fins i tot la malaltia més orgànica pot crear en el pacient alteracions psíquiques: ansietat, depressió, etcètera».

Aquesta enquesta era formada per 7 preguntes que es troben explicades a l'apartat «resultats». Es distribuï entre tots els caps de servei i de secció de l'HCPB, feta excepció dels serveis de diagnòstic (laboratoris, radiodiagnòstic, EEG, etc.). El total d'enquestes distribuïdes fou de 47. Paralelament, fou distribuïda la mateixa enquesta a tots els caps de servei i de secció i metges adjunts de la Clínica Psiquiàtrica. Aquests resultats són presentats al final dels generals.

RESULTATS. — De les enquestes lliurades, recollírem degudament contestades el 85 %. Encara que era redactada en català, el 27 % de la mostra la contestaren en castellà. La mostra era majoritàriament (97,5 %) masculina. Cal dir que tots els enquestats copsaren molt bé el sentit de les preguntes. Els resultats qüestió per qüestió foren els següents:

1. *Percentatge de pacients de base no-orgànica que arriben al vostre servei:* Les respostes ompliren un gran rang (fig. 1), anaven del 0 % dels serveis més especialitzats (hemodiàlisi, oncologia, cremats, etc.) fins un 60-65 % d'alguns dispensaris (cardiologia, patologia general). Aquestes xifres ens adrecen cap el percentatge total de pacients «funcionals» d'arreu de l'hospital, perquè disposem dels percentatges de dues de les entrades de pacients: el dispensari de patologia general (65 %) i el servei d'urgències (15 %), aquest últim percentatge prové

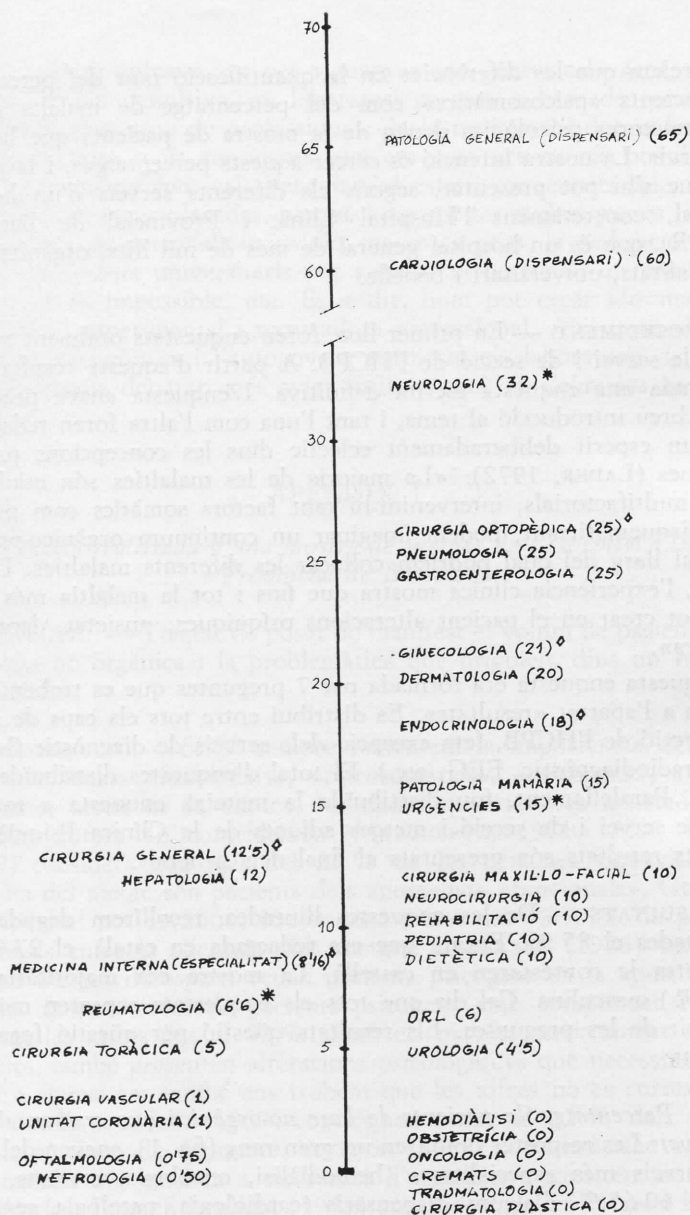


FIG. 1. — Representació escalada dels serveis de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, segons el percentatge de pacients no orgànics que hi arriben. El nombre entre parèntesis indica el dit percentatge; * indica que el percentatge proposat ha estat calculat sobre dades estadístiques; ◇ indica que el percentatge proposat és una mitjana de diferents estimacions.

de l'avaluació estadística de dos mesos. Així, la mitjana d'aquests dos percentatges, 40 %, podria ésser un indicador del percentatge de pacients funcionals que arriben a l'hospital.

2. *Enumereu per quin tipus de trastorns arriben al vostre servei aquests pacients funcionals:* Els trastorns que foren mencionats més d'una vegada, foren ordenats segons llur freqüència:

Algies específiques (dorslgies, lumbàlgies, coccigodínia, toràciques, abdominals, pèlviques, mastodínia, cefalàlgies)	21 %
Algies inespecífiques	9,2 %
Dispèpsies (diarrea, restrenyiment, biliars funcionals)	7,9 %
Cancerofòbia	5,3 %
Ansietat	5,3 %
Depressió (reactiva i endògena)	3,9 %
Vertígens.	3,9 %
Febre i febrícula	2,6 %
Distonies neurovegetatives	2,6 %
Papitacions	2,6 %
Disnea	2,6 %
Amagriment.	2,6 %

Aquests només foren esmentats una vegada: alteracions menstruals, alteracions per deformitat, astènia, cellulitis difusa, cistitis funcional, còlon irritable, emesis, hiperorexia, hipertensió arterial, menopausa, neurodermitis, nòduls mamaris, parèsie, pruija, síndromes histèriques, sinistrosi, taquicardia, tremolor de les mans, úlcera pèptica.

Els malalts funcionals són diagnosticats per exclusió; per exemple, en contestar aquesta pregunta un dels serveis de medicina diu: «malaltia orgànica encara no coneguda», «malalties pseudo-orgàniques». Cal dir també que en aquesta qüestió, les respostes han estat poc específiques i poc agrupades, per tant, ha calgut fer una feina de reestructuració.

Les àlgies, específiques o no, ocuparen el primer lloc (30 %), així mateix el 16 % de les respostes feien referència a trastorns psiquiàtrics (fòbies, ansietat, depressió, síndromes histèriques). Feta exclusió d'aquests últims, les respostes han estat classificades mitjançant l'epígraf 305 *trastorns somàtics d'origen psíquic presumible* de la «Classificació Internacional de Malalties» (OMS, 1976). Ordenats els agrupaments per ordre de freqüència ens resulta:

305.	1	Osteomusculars	43,7 %
305.	5	Gastrointestinals	18,9 %
305.	3	Cardiovasculars	10,1 %
305.	0	Cutànies	7,6 %
305.	7	Endocrins	5,0 %
305.	8	Òrgans dels sentits	4,7 %
305.	6	Genitourinaris	3,8 %
305.	2	Respiratoris	3,1 %
305.	9	D'altres	3,1 %
305.	4	Hemàtics i limfàtics	0,0 %

3. *Conducta que seguiu, en general, amb aquests tipus de malalts:*

Enviar al servei de Psiquiatria	34,0 %
Tranquil·litzar el pacient	29,5 %
Administrar ansiolítics	9,1 %
Exploracions específiques	9,1 %
Enviar a medicina general	4,5 %
Enviar a d'altres especialistes	4,0 %
Consultar amb un altre especialista	2,2 %
Psicofarmacologia (no ansiolítics)	2,2 %
Tractament simptomàtic	2,2 %
D'altres	2,2 %

4. *Creieu que la medicina actual està suficientment desenvolupada per a solventar aquests casos:*

Bastants de casos	37,5 %
Generalment no	32,5 %
Generalment sí	17,5 %
No contesten	12,5 %

Dels que han respost «bastants de casos» i «generalment no» especifiquen que això és degut:

Assistència sanitària deficient	57,1 %
Falta d'investigació	25,7 %
D'altres	17,1 %

En aquest darrer apartat han donat les següents explicacions:

Problemes ambientals.

Qualitat de vida actual molt deficient.

Tipus de vida socialment repressiva.

Educació sanitària molt deficient.

Desinterès per part del metge.

5. *Dels pacients orgànics, quin percentatge presenta trastorns psicològics com a conseqüència de llur malaltia i/o tractament:* El rang de les respostes ha estat molt alt (fig. 2), oscil·lant entre el 100 %

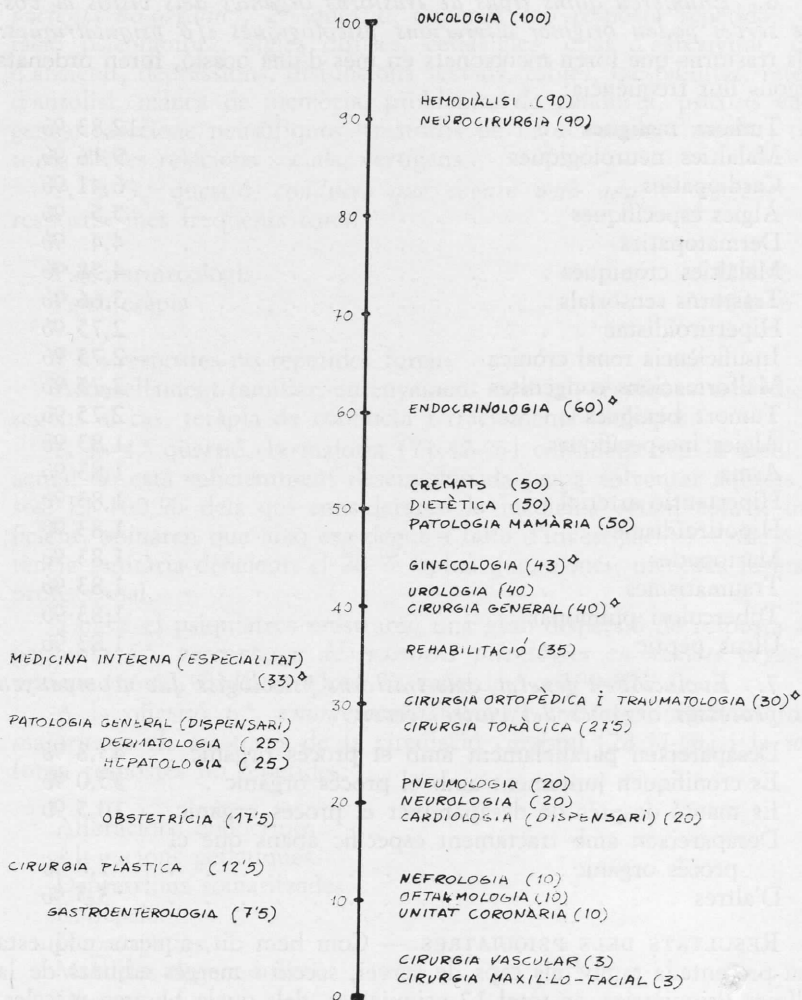


FIG. 2. — Representació escalada dels serveis de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona segons el percentatge de malalts orgànics que presenten trastorns psicològics i/o psiquiàtrics, com a conseqüència de llur malaltia.

El nombre entre parèntesis indica el dit percentatge; * indica que el percentatge proposat ha estat calculat sobre dades estadístiques; ◇ indica que el percentatge proposat és una mitjana de diferents estimacions.

d'Oncologia al 3 % de certes especialitats quirúrgiques (vascular, maxilo-facial). S'ha de posar en relleu que cap servei no es troba lliure de la presència d'aquests trastorns.

6. *Enumereu quins tipus de trastorns orgànics dels vistos al vostre servei poden originar alteracions psicològiques i/o psiquiàtriques:* Els trastorns que foren mencionats en més d'una ocasió, foren ordenats segons llur freqüència:

Tumors malignes	12,83 %
Malalties neurològiques	9,16 %
Cardiopaties	6,41 %
Àlgies específiques	5,5 %
Dermatopaties	4,4 %
Malalties cròniques	4,58 %
Trastorns sensorials	3,66 %
Hipertiroidisme	2,75 %
Insuficiència renal crònica	2,75 %
Malformacions congènites	2,75 %
Tumors benignes	2,75 %
Àlgies inespecífiques	1,83 %
Asma	1,83 %
Hipertensió arterial	1,83 %
Hipotiroidisme	1,83 %
Mastopaties	1,83 %
Traumatismes	1,83 %
Tuberculosi pulmonar	1,83 %
Ulcus pèptic	1,83 %

7. *Evolució, en general, dels trastorns psicològics que acompanyen als processos orgànics del vostre servei:*

Desapareixen paral·lelament amb el procés orgànic	43,8 %
Es cronifiquen juntament amb el procés orgànic	35,0 %
Es manté després de desaparèixer el procés orgànic.	10,5 %
Desapareixen amb tractament específic abans que el procés orgànic	7,0 %
D'altres	3,5 %

RESULTATS DELS PSIQUIATRES. — Com hem dit, aquesta enquesta fou presentada també als caps de servei, secció i metges adjunts de la Clínica Psiquiàtrica, en total 12 psiquiatres, dels quals 11 eren masclcs. Només el 58,33 % de la mostra tornaren contestada l'enquesta, percentatge inferior a la resta de metges de l'hospital. Per contra, els psiquiatres que contestaren ho feren més en castellà 42,85 %. En general, els psiquiatres notaren fàcilment i així ho manifestaren, que l'enquesta no havia estat concebuda per a ells, sinó per a la resta de metges.

A la primera qüestió, *percentatge de pacients de base no-orgànica que arriben al vostre servei*, els psiquiatres mostraren una gran dispersió de la resposta ($S = 36,15$) i una mitjana de 65,58 % (rang de 0 a 93,52 %). Quan hom els demanà que *enumeressin els trastorns d'aquests pacients no-orgànics*, 2.^a qüestió, donaren cap resposta repetida: agitació psicomotora, àlgies difuses, cefalàlgies, crisi d'agresivitat, crisi d'ansietat, depressions, disfuncions sexuals, fòbies, inestabilitat, intents d'autolisi, manca de memòria, problemes de conducta, psicosis endògenes, reaccions neuròtiques, trastorns de l'aprenentatge escolar, trastorns de les relacions socials, vertígens.

A la 3.^a qüestió, *conducta que seguiu amb aquests pacients*, les respostes més freqüents foren:

Psicofarmacologia	42,8 %
Psicoteràpia	42,8 %

I les respostes no repetides foren:

Aconsellament familiar, ensenyament especial, tècniques més adients segons el cas, teràpia de conducta i tractaments biològics.

A la 4.^a qüestió, la majoria (71,42 %) considerarà que la medicina actual no està suficientment desenvolupada per a solventar aquests casos. El 100 % dels qui consideraren la medicina actual com a insuficient, opinaren que això era degut a falta d'investigació i a una assistència sanitària deficient, el 20 % opinà que, a més, mancava formació professional.

També el psiquiatres mostraren una gran dispersió de resposta a la pregunta 5.^a, *percentatge de trastorns psicològics en malalts orgànics*, mitjana (66,63 %) ($S = 43,41$ %, rang de 5 a 100 %).

A la qüestió 6.^a, *enumeració d'aquests trastorns orgànics*, foren majoritaris els trastorns de la circulació cerebral (28,57 %) i la resta foren respostes no repetides:

- Alteracions endocrines.
- Alteracions genètiques.
- Depressions somatitzades.
- Epilepsia.
- Hepatopaties.
- Malalties degeneratives.
- Obsessions.
- Oligofrènia.
- Toxicomanies.

Els percentatges de respostes a la pregunta 7.^a, *evolució dels trastorns psicològics*, foren:



El 57,1 % opinaren que aquests trastorns *desapareixien amb tractament específic abans que el procés orgànic i que es cronifiquen juntament amb el procés orgànic*; el 42,8 % opinaren que *desapareixen paral·lelament amb el procés orgànic i que es mantenen després de desaparèixer el procés orgànic*.

DISCUSSIÓ — El percentatge trobat de pacients funcionals totals és del 40 %, aquesta xifra és superior a la trobada per MEYER (1959) i semblant a la de GUYOLAT (1967). Com havíem suposat aquest percentatge varia molt segons la mostra estudiada (fig. 1). Es podria afirmar, en línies generals, que quant més especialitzat és un servei més petit és el percentatge de malalts funcionals.

El principal problema d'aquests pacients és el dolor (30 %), encara que cal remarcar que un 16 % del total són veritables pacients psiquiàtrics. D'altra banda, hem comprovat una vegada més (p. e., EY i collab., 1974) que les àrees més típiques de l'anomenada medicina psicosomàtica són les que fan referència a trastorns osteomusculars, gastrointestinals i cardiovasculars, que agrupats esdevenen el 72,7 % de tota la patologia psicosomàtica detectada en el nostre estudi.

El comportament dels metges d'hospital davant aquesta patologia queda ben reflexat en la nostra enquesta. El 42,9 % d'aquests pacients són enviats a d'altres serveis (medicina general, psiquiatria, d'altres especialitats) i això pot ésser un indicador que aquests pacients no són gaire ben acceptats, i d'altra banda explicaria l'anar i tornar d'un servei cap un altre. El 29,5 % és tan sols tranquil·litzat o bé, com molts metges confessaren, sotmesos a «psicoteràpia de recolzament»; això ens fa pensar en la pobresa de recursos terapèutics. Aquesta pobresa torna a aparèixer en el 13,5 % de tractaments simptomàtics, ja que no es pot considerar la psicofarmacologia utilitzada d'una altra manera. Solament l'11,3 % d'aquests pacients, eren estudiats (exploracions, consultes) cosa que ens indica la facilitat de diagnòstic d'aquest tipus de pacients, diagnòstic, d'altra banda, per exclusió. Aquesta conducta de fàcil diagnòstic, impotència en el tractament i rebuig cap a d'altres serveis, té una correlació subjectiva en el petit percentatge (17,5 %) de metges que consideraren el cas d'aquests pacients com a solucionat.

Quant als trastorns psicològics generats en malalts orgànics és difícil calcular un percentatge global, ja que la proporció depèn molt de la mostra (fig. 2). Tanmateix, és pot posar de manifest que en el nostre estudi no hem trobat cap racó de la patologia que no pugui donar lloc a aquests trastorns psicològics. Aquest fet, d'altra banda, fa impossible el seu reagrupament. La majoria dels metges que foren consultats no semblaven estar molt preocupats per aquests tipus d'alteracions psicològiques, ja que ens diuen que el 78,8 % segueixen el mateix curs del trastorn orgànic, i ells són especialistes en aquest terreny orgànic.

El baix índex de resposta dels psiquiatres, així com les reticències que oposaren a l'enquesta, mostren ben clarament un canvi qualitatiu dels psiquiatres respecte als altres metges. Com l'enquesta fou concebuda per a metges en general, i tractava del problema de l'organicitat de les malalties, l'enquesta esdevingué un test d'actituds per als psiquiatres. Efectivament, com hem vist, els metges, en general, arriben al diagnòstic del pacient funcional per exclusió, és doncs un diagnòstic d'absència o no-comprovació d'organicitat. Per contra, entre els psiquiatres és suposició o esperança que les anomenades malalties mentals siguin, o no siguin, de base orgànica. D'ací la gran dispersió en les respostes, cosa que indica una disparitat de creences o expectatives. Per tot això, aquesta enquesta contestada pels psiquiatres no ha d'ésser entesa quantitativament sinó qualitativament. En aquest sentit és de remarcar la *unanimitat dels psiquiatres en trobar falta de recerca*, únic camí que pot canviar les seves creences i/o expectatives en fets comprovats.

APÈNDIX II

Enquesta als psiquiatres de la Clínica Psiquiàtrica Universitària (Prof. J. Obiols) de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

OBJECTIU. — Determinar la importància de la recerca bàsica en la solució de problemes clínics psiquiàtrics.

INTRODUCCIÓ. — COMROE i DRIPPS (1976) han demostrat recentment el pes determinat de la recerca bàsica en les ciències biomèdiques. Aquests autors es proposen de mostrar que és falsa l'afirmació segons la qual la recerca bàsica, fonamental, és un afer típic de científics allunyats de la pràctica clínica, i els seus resultats no són rendibles des del punt de vista pràctico-social. COMROE i DRIPPS així ho demostraren en el camp de les malalties cardiovasculars. El procediment seguit per aquests autors fou de determinar els principals avenços clínics cardiovasculars des del 1940, i després recórrer a especialistes que jutjaren quines investigacions prèvies foren necessàries per als dits avenços clínics.

El nostre procediment ha estat semblant, encara que més senzill. La nostra idea central fou de determinar els fets amb més forta repercussió dins la psiquiatria en els darrers temps, tot precisant molt la publicació d'aquests fets. La passa següent fou l'anàlisi de la bibliografia emprada a la publicació, tot classificant-la en treballs de recerca bàsica, de recerca aplicada i de revisió.

PROCEDIMENT. — El primer problema fou de determinar els avenços més importants de la psiquiatria en els darrers 25 anys. No és cap secret

que entre els psiquiatres la diversitat d'enfocaments és tan gran, que sembla que només el mot «psiquiatre» sigui comú a tots ells. Per això decidírem d'entrevistar tots els psiquiatres de l'Hospital Clínic i de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, i considerar com a avenços clínics aquells que fossin votats per més del 50 %. Creiem que aquesta mostra de psiquiatres representa àmpliament totes les tendències i els enfocaments psiquiàtrics actuals. El segon problema fou de classificar la bibliografia dels treballs considerats com a capdavaners aquests darrers 25 anys. Per a arribar a determinar aquests treballs calgué fer que els entrevistats donessin respostes com més concretes millor, cosa que no fou fàcil i que comentarem més endavant. Per a classificar la bibliografia d'aquests treballs férem les consultes que ens semblaren oportunes (*).

Foren considerats com a treballs de revisió totes les síntesis i anàlisis de diferents temes, i també els manuals i els llibres de text citats. Encara calgué, com veurem, la incorporació de dues categories més de classificació, que en principi no eren previstes: literatura i filosofia.

Un de nosaltres entrevistà un per un tots els psiquiatres de la Clínica Psiquiàtrica Universitària. La qüestió general formulada fou: «¿Quins són els cinc avenços, al teu parer, més importants per a la psiquiatria en els darrers 25 anys? Cal entendre la psiquiatria com tot allò relacionat amb el diagnòstic, pronòstic, tractament, rehabilitació, prevenció, etc., de les dites «malalties mentals».

L'entrevistador posà molt d'esment a fer concretar i matisar les respostes quan aquestes eren molt generals o vagues, però en cap moment no insinuà cap resposta, ans incità la resposta lliure tot animant l'entrevistat. La finalitat de l'enquesta fou explicada una vegada feta aquesta.

RESULTATS.— Foren entrevistats 35 psiquiatres. Encara que, en general, no fou difícil de centrar el tema de l'enquesta, les primeres respostes eren massa generals o vagues per al nostre propòsit, cosa que implicà la necessitat de fer concretar. El màxim de respostes possibles era de cinc, havent estat la mitjana de respostes 4,2 ($s = 0,9$) i la moda 5. Hom notà una tendència clara dels més joves dels entrevistats a no arribar a esmentar cinc avenços. Els avenços que superaren el 50 % dels vots foren:

La clorpromazina	80	%
Els treballs de J. Wolpe	60	%
La iniciació del moviment antipsiquiàtric	51,42	%

(*) Hem d'agrair la col·laboració en aquest sentit dels doctors L. CABRERO, M. CATERINA i M. VALDÉS.

Si bé la clorpromazina rebé molts de vots per ella mateixa, un nombre important d'entrevistats votaren pels «psicofàrmacs» o pels «neurolèptics»; i, quan hom els pregà de concretar, la majoria d'ells esmentaren la clorpromazina, encara que alguns esmentaren d'altres psicofàrmacs. Un cas semblant succeí amb l'obra de J. WOLPE. Un nombre important votà per la «teràpia o modificació de conducta» en general. Quan hom demanà més concreció, la majoria de respostes es decantaren cap al llibre de WOLPE *Psicoteràpia per inhibició recíproca*, si bé alguns vots foren per al llibre de SKINNER *Ciència i conducta humana*, i d'altres per al d'EYSENCK *Dinàmica de l'ansietat i de la histèria, Una aplicació experimental de la teoria moderna de l'aprenentatge a la psiquiatria*. Respecte a la votació de l'inici del moviment antipsiquiàtric, la concreció fou molt difícil per una sèrie de motius:

- a) Si bé alguns dels entrevistats citaren el llibre de COOPER *Psiquiatria i Antipsiquiatria*, d'altres no pogueren citar un autor amb una obra concreta.
- b) Uns quants es negaren, en principi, a citar un autor concret, remarcant la idea de moviment i esmentant LAING, COOPER i BASAGLIA fonamentalment.
- c) Uns altres, sobretot els entrevistats més grans, remarcaren que citaven el moviment antipsiquiàtric en general i com a revulsiu. D'altra banda, hom notà tant més tendència a votar el moviment antipsiquiàtric com més contacte tenia l'entrevistat amb els malalts, encara que aquest efecte podria ésser degut no al contacte clínic sinó a la major joventut.

Els avenços que no superaren el 50 % dels vots foren:

La imipramina	42,85 %
Concepte de psiquiatria comunitària, de sector (no manicomial)	28,57 %
SKINNER, B. F.: <i>Science and human behavior</i> . Macmillan, Nova York, 1953.	22,85 %
Recerques de MASTERS i JOHNSON sobre sexualitat. EYSENCK, H. J.: <i>The dynamics of anxiety and hysteria. An experimental application of modern learning theory to psychiatry</i> . Routledge and Kegan Paul, Londres, 1957	17,14 %
Introducció de l'equip psiquiàtric (psiquiatre, psicòleg, etc.)	14,28 %
Mecanismes bioquímics dels trastorns afectius	14,28 %
Treballs de G. BATESON (Escola de Palo Alto)	11,42 %
GOFFMAN, E. (Ed.): <i>Asylums</i> . Pelican, Londres, 1961	8,57 %

Benzodiazepines	5,71 %
Considerar la Psiquiatria com a branca de la Medicina	5,71 %
Estimulació intracranial amb finalitat de recerca i modificació de la conducta	5,71 %

Només obtingueren un vot:

Bases psicofisiològiques dels trastorns mentals.

Butirofenones.

Computorització en Psiquiatria.

Creació del SPK a Heidelberg.

Distraneurina.

Estudis de JELLINEK sobre els alcoholismes.

MAHER, B. A.: *Principles of psychopathology*. Mc. Graw-Hill, Nova York, 1966.

Maig del 1968 parisenc.

Models experimentals bioquímics de psicosis.

Obra de BRON sobre psicòtics.

Psicoendocrinologia moderna.

Socioconductisme.

Hom considera que la clorpromazina fou presentada en psiquiatria mitjançant l'article de J. DELAY, P. DENIKER i J. HARL, «Utilisation en therapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élektive» (4560 RP). *Annales Médico-psychologiques*, 110, 112-117 (1952). Aquest article és un típic estudi clínic que, seguint una tradició poc recomanable, no conté una llista blibliogràfica. Per això hem llegit curiosament l'article tot recreant les citacions. En aquest sentit només hem considerat citació quan al text, a part de referir-se breument a un altre treball, hi era consignat el seu autor. D'aquesta manera hem detectat 12 citacions, el 58,33 % de les quals eren de recerca bàsica, i el 41,75 % de recerca aplicada.

El llibre de J. WOLPE, *Psychotherapy by reciprocal inhibition* (Stanford University Press, Stanford, 1958), és un llibre teòric dedicat a justificar certs tractaments clínics: desensibilització sistemàtica, condicionament «aversió-al·leujament», etc. El llibre té una bibliografia de 270 citacions, de les quals el 55,55 % són de recerca bàsica, el 13,33 % de recerca aplicada, el 30,37 % de revisions, el 0,37 % de filosofia i el 0,37 % de literatura; aquests dos darrers ítems són una citació per categoria.

El llibre de D. COOPER, *Psychiatry and anti-psychiatry* (Tavistock Publications, Londres, 1967), fonamentalment és una crítica de la psiquiatria tradicional amb un apèndix que és un estudi avaluatiu d'un enfocament nou («Villa 21»). En conjunt, el llibre i l'apèndix tenen

36 citacions bibliogràfiques, de les quals el 38,88 % són de recerca bàsica, el 27,77 % de recerca aplicada, el 16,66 % de filosofia, l'11,11 % de literatura i el 5,55 % de revisions.

Sumades les bibliografies dels tres treballs més votats, fa un total de 318 citacions (no n'hi ha cap de repetida). Aquest total es distribueix, tal com ja hem dit, de la manera següent:

Recerca bàsica	53,77 %
Revisions	26,41 %
Recerca aplicada	16,03 %
Filosofia	2,20 %
Literatura.	1,57 %

DISCUSSIÓ. — Els nostres resultats mostren ben clarament la importància de la recerca bàsica en la solució dels problemes psiquiàtrics, i això tant en conjunt com separatament. Però potser el resultat més sorprenent no és la majoria de citacions de recerca bàsica, sinó el percentatge apreciable de citacions de filosofia i de literatura, en conjunt el 3,77 %. Dins aquestes dues categories hi ha citacions tan diferents com K. POPPER, J. P. SARTRE i E. IONESCO. Aquest percentatge de citacions no científic-naturals, seria un senyal de contaminació ideològica dins unes obres científiques encara no prou madures (GARCIA SEVILLA, 1976). Això es fa evident comparant els nostres resultats amb els de COMROE i DRIPS (1976), obtinguts d'avenços clínics en les malalties cardiovasculars:

	<i>Psiquiatria</i>	<i>Cardiovascular</i>
Recerca bàsica	53,77 %	61,7 %
Revisions.	26,41 %	1,8 %
Recerca aplicada	16,93 %	21,2 %
Filosofia	2,20 %	—
Literatura	1,57 %	—
Avenços tecnològics	—	3,9 %
Avenços tecnològics clínics	—	11,4 %

El percentatge de revisions citat (manuals, síntesis, etc.) també indicaria la immaduresa de la psiquiatria respecte als estudis cardiovasculars. Ara bé, l'excessiva citació de revisions també podria indicar la immaduresa de l'autor, o la seva manca de cura, perquè citar obres de síntesi i revisions és citar a «perdigonades». Per això, la millor manera de mesurar el grau de contaminació ideològica seria un quocient entre les obres citades de recerca (bàsica i aplicada) i les d'especulació (filosofia i literatura). I no usem el mot «especulació» pejorativament, sinó en el seu sentit veritable (especular = fer recerques teòriques). De fet, amb el quocient mirem d'enfrontar la manera de fer de la ciència que

de molts fets fa una afirmació particular, amb la ideologia que d'un sol fet fa una afirmació general. Així, fent a partir de la bibliografia citada el quocient següent:

Especulació

Recerca + Especulació

obtindríem un quocient màxim de contaminació ideològica d'1 quan no hi hagués cap citació de recerca bàsica o aplicada, mentre que el quocient seria 0 quan no hi hagués cap citació especulativa (filosofia i literatura). D'acord amb aquest quocient, l'índex de contaminació ideològica del conjunt dels tres treballs psiquiàtrics més votats seria de 0,05. Separadament, l'article psicofarmacològic (clorpromazina) tindria un índex 0 de contaminació, mentre que seria de 0,01 per al llibre de WOLPE, i el llibre de COOPER seria el més contaminat: 0,29.

COL·LOQUI

Dr. GONZÁLEZ MONCLÚS: De tot el que heu dit, m'ha sorprès molt la disparitat de criteris entre psiquiatres i els altres metges. Em sembla que això és degut a la falta d'una concepció científica, i potser és aquesta contaminació d'aspectes filosòfics, literaris, etc., que ens permet de tenir uns enfocaments i uns criteris tan variables que van des del que creu que els malalts són més orgànics en una quantitat important fins al que creu que són psicògens en una quantitat també molt important. En fi, jo no faig sinó subratllar algunes de les coses que m'han interessat moltíssim (i segurament que en descobriré de més importants quan llegiré el treball) i felicitar-los per la tasca i per l'enfocament d'aquesta investigació. Crec que el fet de posar el dit a la nafra de coses que ja estan intuïdes, que tenim a dintre, i que vosaltres heu sabut manifestar explícitament, és molt important, i encara que potser no sigui fàcil que tot això que proposeu doni fruit, crec que això per ell mateix ja és un fruit, la preparació d'allò que després es pugui fer en la recerca de la científicització de la nostra tasca.

Dr. PORTA: Abundant una mica més en això que ha dit el Dr. González, jo crec que depèn bàsicament de l'actitud del metge més que del mateix malalt perquè estava pensant que aquests percentatges de malalts no orgànics no es corresponen exactament amb els que jo veig a la Seguretat Social; o sia, allà seria molt interessant de passar aquesta mateixa enquesta perquè veuríem que realment hi ha diferències. Aleshores, jo crec que les diferències, més que amb el malalt en ell mateix, és amb l'actitud i la formació psicològica dels caps de servei i dels metges de les diverses especialitats; fins i tot a Oftalmologia és relativament freqüent de veure malalts psicògens, a Nefrologia també, i d'altres que aquí tenen un percentatge francament elevat, en un altre centre sanitari tindrien un percentatge diferent.

Dr. FARRÉ: M'han sorprès les xifres tan baixes donades per la unitat coronària, i he recordat que vàrem assistir a una taula rodona de Medicina psico somàtica a Madrid, sobre «trastorns psíquics a les U. de vigilància intensiva», i resultava que la unitat amb trastorns més quantiosos era la coronària. Aleshores estic molt sorprès, perquè no ho entenc. No hi ha possibilitat d'error, de confusió?

Dr. GARCÍA SEVILLA: L'enquesta està firmada, i ens n'hem de refiar.

Dr. FARRÉ: És evident que, trastorns cardiològics, sí que n'heu detectat més.

Dr. GARCÍA SEVILLA: Al dispensari de cardiologia.

Dr. FARRÉ: Sí, sí, al dispensari, però em sorprèn que aquest percentatge, el 20 %, sigui tan baix. M'hauria agradat molt —i ara m'ha dit en Flores que no va ésser possible, perquè a la U.C.I. de Reumatologia no hi ha cap de secció— que haguéssiu preguntat als d'aquesta U.C.I., perquè em sembla que el % hi és molt superior. I no ho entenc perquè, insisteixo, ells fins i tot en aquella discussió que hi va haver a Madrid parlaven dels trastorns dels mateixos metges i de les ATS de les U. coronàries, que eren espaordidors, que s'ho passaven molt malament i que tenien al cap d'un temps trastorns psíquics veritables en el personal, per la gran agressió que significa el fet de treballar en un servei d'aquests tipus.

Dr. GARCÍA SEVILLA: Justament a la introducció esmentem un treball de Ferrer, Catarina i d'altres, que ha posat en relleu que els que estaven més «trastornats» eren els mateixos metges de la unitat.

Dr. FARRÉ: Sí, i això presuposa un treball que no sé si podríeu fer, que lliga una mica amb el que deia en Porta.

Dr. PORTA: Estic totalment d'acord en això de la U.C.I. perquè nosaltres ho hem estudiat. Com que es produeix una privació sensorial, vull dir, encara que el malalt sia molt estable, el poses en una situació molt poc normal, pràcticament està de vegades enfront d'una paret i no veu res més, no té cap altre estímul, i es creen de vegades una sèrie de quadres que van des de crisis d'ansietat fins a una psicosi exògena.

Dr. FARRÉ: Pels 4 anys que jo vaig fer Urgències conec aquesta unitat bastant bé, i és la que més trastorns psiquiàtrics té per privació sensorial, perquè això sí que ho havien previst. Això és important i és interessant de fer-ho en un altre Hospital semblant, com pot ésser la Seguretat Social; i després proposar-ho també als Residents de Medicina interna.

Dr. TOBEÑA: La metodologia per a esbrinar el tipus de citacions en Psiquiatria que heu fet, és la mateixa que varen fer els nord-americans?

Dr. GARCÍA SEVILLA: Sí, pràcticament copiada, però ells feien una distinció molt subtil. Hi distingien 2 tipus de recerca bàsica, l'orientada clínicament i la no-orientada clínicament. I per a dir que una cosa era recerca bàsica orientada clínicament, bastava que l'autor esmentés d'alguna manera

que tenia interessos clínics; és a dir, si ell comentava que feia aquell treball, encara que fos totalment allunyat de la clínica, amb la finalitat que en el futur la clínica se'n beneficiés, era considerat d'orientació clínica. La resta de conceptualització és la mateixa.

Dr. TOBEÑA: Però jo em refereixo a la passa anterior, en el moment d'intentar esbrinar quins són els avenços clínics més citats pels psiquiatres. Era exactament per votació dels psiquiatres?

Dr. GARCÍA: Sí, sí.

Dr. TOBEÑA: Es que a mí se m'ha acudit de pensar que els que han sortit com els avenços més importants que consideren els psiquiatres, no sé si representen ben bé la lectura usual, o la lectura més característica dels psiquiatres del nostre país, essent els psiquiatres del Hospital Clínic una mostra representativa d'aquests. Llavors se m'havia acudit fins i tot de preguntar-ho a nosaltres mateixos, perquè, per exemple, el llibre de Wolpe em fa estrany que surti tan altament citat. Primer havien contestat d'una manera menys enèrgica, dient només tècniques de modificació de conducta; llavors, en inquirir, parlaven del llibre de Wolpe. Jo em pregunto si això no és directament motivat per la traducció recent d'aquest llibre al castellà i l'accés a les llibreries, perquè és un llibre de l'any 58.

Dr. GARCÍA: No, això ja ho vaig notar, que hi havia discordança entre el que deien i entre el que fan els psiquiatres. Feia temps que no pujava a la sala de Psiquiatria; quan era estudiant eren obertes les portes, i ara hi vaig pujar i hom votava molt l'anti-psiquiatria però tot era tancat; això és el que vaig notar, que entrava i no podia sortir. Sí que hi havia una gran discordança entre allò que consideraven que era important i la pràctica diària, completament allunyada d'aquesta circumstància, i és més, completament allunyada d'allò que normalment a les sessions clíniques es té per important. Després, parlant amb alguns dels psiquiatres d'allí, comencen a remarcar la limitació de l'assistència, que també tenen problemes assistencials molt greus, que no fan l'assistència que voldrien, etc. Aleshores resulta que pensant una cosa arriben a fer-ne una altra que està predeterminada allí i res més, que de fet el que fan és Psicoteràpia i Psicofarmacologia igual com fan la resta de metges amb els mateixos trastorns, i no tenen un *savoir faire* o una professionalització especial que es desprengui de l'enquesta; coses que fan tots els metges, les fan a gran escala i d'una manera metòdica, i els altres ho fan més anàrquicament. De tota manera el llibre de Wolpe no crec que fos la traducció, perquè citaven l'autor, i quan se'ls oferia diferents temes de Wolpe, deien: el més important.

El nivell de precisió va ésser molt fluix en tot moment; tampoc no anaven afinant el llibre, els llibres s'han afinat posteriorment.

Dr. FARRÉ: Però el llibre te'l varen dir.

Dr. GARCÍA: No, autors. Per exemple, quant a la clorpromazina, que

sembla que era un tema més conegut i per això era el més votat, molta gent no votava cap article.

Dr. FARRÉ: També és una sorpresa, per a mi agradable, que hagi sortit Wolpe com a segon. Jo el que et volia preguntar és: ¿realment varen contestar Wolpe, o les terapèutiques de modificació de conducta?

Dr. GARCÍA: La majoria va contestar teràpia de conducta, i en alguns d'altres aquesta resposta va ésser modelada, perquè deien «això que es fa aquí baix». L'índex de respostes va ésser molt vague, és a dir, totes les respostes van ésser molt «pastades», s'insistia fins que quedaven de manera que es pogués escriure, que tingués coherència; va ésser bastant dolorós. En realitat, Wolpe, sí que hi va haver algú que el va citar directament; en record un que va dir Wolpe, Skinner i Eysenck. D'altres era després d'una elaboració; sempre deien, «el que fan al Dispensari». I se'ls deia que «a baix fan moltes coses», que calia distingir, perquè per a ells era tot el mateix. Finalment, quan la cosa quedava clarificada, sempre la votació era per aquells que tractaven els adults, és a dir, el fet important era que tingués aplicació als adults. Skinner, si va sortir tan poc votat, era perquè, segons llur opinió —jo vaig estar molt passiu, no vaig intentar explicar res—, consideraven que Skinner era més aviat per a infants petits i, clar, això no era psiquiatria general. Jo crec que, aquest mecanisme, sí que va ser-hi. És a dir, hom votava més persones que no pas terapèutiques o tècniques.

Dr. FARRÉ: Has parlat d'un estudi de la relació entre poder i ciència, i tu ja saps que tu i jo, en els corredors aquests tan sordids de l'hospital, n'hem parlat molt; no repetiré les discussions. Però això de la relació entre poder i ciència sembla que és ben cert, i et volia preguntar si tens idea de com està la investigació bàsica als països socialistes; m'han explicat, els que varen ésser a Cuba, que hi varen anar molts soviètics i que varen presentar una gran quantitat d'investigacions biològiques i bioquímiques de la psicosis; semblava con si si hagués baixat la investigació bàsica. Tens idea si això és cert?

Dr. GARCÍA: No ho sé.

Dr. TOBEÑA: Jo voldria preguntar una cosa al Dr. González Monclús. M'ha semblat notar una assistència petita en aquesta sessió, em volta pel cap que hi ha una dissonància entre allò que els psiquiatres prediquen i el que fan; voldria preguntar si l'assistència petita és usual en aquest curs o és excepcional, perquè si fos excepcional estaria dintre de la dissonància característica: es planteja la possibilitat de crear un Laboratori de Psicologia Anormal a Barcelona i, malgrat la gran necessitat d'investigació no ve ningú.

Dr. GONZÁLEZ MONCLÚS: Dins aquest curs, l'assistència avui és excepcionalment gran. La sessió aquesta ha estat un problema i és que no s'han rebut totes les participacions d'aquest acte. No sé si hi haurien vingut gaires més.

Dr. FARRÉ: Al Dr. González Monclús voldria preguntar-li, que em sembla recordar que va dir que a mesura que avançaven els cursos a l'escola professional de Psiquiatria, canviaven les expectàncies dels alumnes; realment, l'expectància va disminuint per a la Psicoanàlisi i va augmentant en canvi per a Wolpe, per exemple?

Dr. GONZÁLEZ MONCLÚS: Jo diria que ha disminuït l'expectància d'informació en els aspectes psicodinàmics i també per als aspectes fenomenològics, i tot allò que havia estat molt de moda a l'inici de l'escola. Però jo diria que tampoc no s'han polaritzat massa els interessos cap a investigacions, sinó que el que hom exigeix i el que hom demana són coses molt concretes i molt aplicades. Això fa que s'estimi molt que s'expliqui farmacologia, però no a un nivell relacionat amb la bioquímica, sinó a un nivell d'aplicacions, indicacions i contraindicacions, o sia, farmacologia aplicada. De les dues matèries de Psicofisiologia i Terapèutiques conductistes, els atreu molt més aplicació directa d'aquesta última. Fins i tot m'ha sorprès que han tingut un cert èxit les aportacions del grup de Sofrologia, que aquest any s'han orientat directament cap a unes tècniques de relaxació, mentre que els altres anys parlaven d'una manera més general, de les bases de la Sofrologia, i no despertava cap mena d'interès.

BIBLIOGRAFIA

- BALLUS, C., VALLEJO, J., PORTA, A.: Orientaciones prácticas sobre asistencia psiquiátrica extrahospitalaria. *Rev. Psiq. Psicol. med.*, 10, 391-406 (1972).
- CAMPOS, J. J., AGUADO, L.: La investigación psicológica en España. *Cuadernos de Psicología*, 3, 6-7, 16-27 (1977).
- COLOMINES, J.: La investigació mèdica a Catalunya. Dins Giner-Sorolla, A.; PRATS I VÍÑAS, J., PADULLÈS I SANTACREU, J.: Quimioterapia antineoplàstica, 5-12. Edicions 62, Barcelona, 1976.
- COMROE, J. H., DRIPPS, R. D.: Scientific basis for the support of biomedical science. *Science*, 192, 105-111 (1976).
- EY, H., BERNARD, P., BRISSET, CH.: Manuel de Psychiatrie, Masson, París, 1974.
- EYSENCK, H. J. (ed.): Handbook of abnormal psychology. Pitman, London, 1973.
- EYSENCK, H. J. (ed.): Care studies in behaviour therapy. Routledge and Kegan Paul, London, 1976.
- FERRER, J., CATARINA, M., LÓPEZ, L., LÓPEZ, M. C., LAPEIRA, M.: Estudio de los problemas psicológicos que plantea la unidad de cuidados intensivos coronarios del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. *Revista del departamento de Psiquiatria Facultad de Medicina, Barcelona*, 3, 111-120 (1975).
- GARAU FLORIT, A.: Informe del laboratori de conducta durant el curs 1974-1975. No publicat. Laboratori de conducta, Universitat Autònoma de Barcelona, 1975.
- GARCIA SEVILLA, L.: Balanç anticipat del laboratori de conducta durant el curs 1972-1973. No publicat. Laboratori de conducta, Universitat Autònoma de Barcelona, 1973.
- GARCIA SEVILLA, L.: Sobre psiquiatria objetiva. *Anales del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo*, 35, 441-446 (1975).
- GARCIA SEVILLA, L.: La psicología: entre la ciencia i la ideología. *Perspectiva Social*, 7, 109-114 (1976).
- HUNT, H. F., THETFORD, W. N.: Editorial. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 1 (1965).
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. Barth, Leipzig, 1904.
- KRAZNER, L., ULLMANN, L. P.: Research in behavior modification. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965.
- MARTÍ CARBONELL, M. A.: Informe del laboratori de conducta durant el curs 1975-1976. No publicat. Laboratori de conducta, Universitat Autònoma de Barcelona, 1976.

- MASCHERPA, G.: L'organizzazione pratica dell'assistenza al malato psicosomatico. *Medicina psicosomatica*, 16, 3-17 (1971).
- MIZUSHIMA, K.: Abnormal psychology. Dins Eysenck, H. J., Arnold, W. J. and Meili, R. (ed.), *Encyclopedie of Psychology*, vol. 1, 7-10, Fontana, London, 1975.
- PEDERSEN, L.: Asistencia al paciente psicógeno en la consulta hospitalaria, 1976 (comunicació personal).
- RACHMAN, S.: Behavior therapy. Dins Eysenck, H. J., Arnold, W. J. and Meili, R. (ed.), *Encyclopedie of Psychology*, vol. 1, pp. 121-124, Fontana, London, 1975.
- SIVADON, P.: Formation psychologique des étudiants en médecine. *Psychologie Medicale*, 1, 29-36 (1969).
- TOBEÑA, A.: Informe del laboratori de conducta durant el curs 1973-1974. No publicat. Laboratori de Conducta, Universitat Autònoma de Barcelona, 1974.
- TOBEÑA, A.: Intensitat de l'estímul incondicionat i diferències individuals, en condicionament d'evitació «shuttle». Tesi doctoral. Facultat de Medicina. U.A.B., Laboratori de Conducta, Barcelona, 1977.
- WOLPE, J.: *The practice of behavior therapy*. Pergamon, New York, 1973.
- YATES, A. J.: *Behavior therapy*. Wiley, New York, 1970.

*Departament de Psiquiatria i Psicologia Mèdica.
Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.*