

PENSAMENT I EXPERIÈNCIA EN LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES ?

Josep M. Terricabras i Nogueras

Bon dia. Agraïixo molt als organitzadors d'aquest Tercer Congrés Català de Salut Mental que m'hagin volgut invitar, especialment al Doctor Lluís Albaigès amb qui he tingut contacte durant aquests últims mesos. És un risc realment important convidar algú que es dedica a la filosofia per parlar amb gent que vol fer coses pràctiques i que vol curar i que vol ajudar als altres, però confio que l'aliança entre aquells que es dediquen a la psiquiatria i a la salut mental i el filòsof no sigui una mala aliança. Quan vam triar el tema d'aquesta exposició ("Pensament i experiència en les organitzacions sanitàries?"), hi vàrem posar un interrogador al darrere. Per què? Perquè el problema és justament el pensament. No és que nosaltres no pensem, que efectivament ho fem. El problema és si el que pensem està en contacte amb allò que fem i amb allò que hem de fer. Per tant, el que avui ens hem de plantejar en primer lloc és la vella relació -els que tinguin la meua edat en recordaran els debats- entre teoria i praxi. Em sembla que ara hauríem de parlar de pensament i experiència, i hauríem de veure com està això.

1. L'experiència: anada i tornada

La primera cosa que voldria dir és que nosaltres sempre hem de partir de l'experiència i hem de tornar a l'experiència, perquè ella és el banc de proves de la solidesa i del sentit de les nostres propostes. El pensament no té vida pròpia. El pensament sempre és subordinat a allò que volem fer, a allò que ens interessa, a allò que ens reclama. Si no, tenim un pensament absolutament deslligat de la vida quotidiana, que és el pensament que sovint tenim els filòsofs i que llavors segurament té molt poc interès i potser cap funció. Sempre el pensament és subordinat a l'experiència. I per tant, què tracta de fer el pensament? El pensament tracta d'animar l'experiència, de criticar-la, de veure-hi alternatives, de plantejar els errors i les noves vies, però sempre a partir d'allò que s'està vivint, d'allò en què s'està immers. Per això sovintíssim les nostres organitzacions tenen idees i a vegades idees molt bones que finalment no serveixen de res perquè no tenen cap contacte amb la pràctica. I per això el pensament ha d'anar lligat amb la vida. Hi ha gent que, tot i tenir idees molt bones, té experiències nefastes, cosa que és realment lamentable. En canvi, hi ha gent que té idees nefastes, però experiències magnífiques: no diré que això sigui l'ideal, però ho prefereixo. El que desitjaria, evidentment, és que les idees i el pensament no fossin nefastos sinó fantàstics i que s'anessin treballant i influint els uns als altres. Però, el punt fonamental és que l'experiència actua sempre com a referència bàsica, tant al començament com al final de la reflexió.

Hi ha un filòsof que m'inspira especialment i del qual potser algú de vostès haurà sentit parlar, anomenat Ludwig Wittgenstein (1889-1951). En una de les seves obres principals, li diu al lector "no pensis, mira!". Perquè el primer que hem de fer és mirar. També pensar, és clar, però, primer, mirar. Per què? Perquè mirar i descriure són la plataforma de qualsevol acció

futura. Vostès saben segurament com ningú que és molt difícil descriure allò que veiem, fer un bon relat, una bona història clínica, llevat que es tracti de coses tan senzilles com constatar que una persona es pren, per exemple, tres píndoles al dia d'algun medicament; això no reclama dots de descripció sinó saber apuntar coses. En canvi, descriure els símptomes, les manifestacions de la malaltia, descriure les angoixes d'algu, sense que jo em descrigui a mi mateix, sense que jo descrigui els meus interessos, les meves fílies, les meves angoixes, això costa molt. Perquè sovint el que faig és descriure'm, és parlar d'allò que jo veig, no d'allò que hi ha.

Per això, la primera operació ha de ser la del "no pensis, mira!" I quan miris, posem-nos a pensar amb la mirada, és a dir, que la mirada sigui una mirada intel·ligent, una mirada no buida, ni emboirada, sinó aguda. Si volem donar importància al pensament -perquè n'hi hem de donar-, si volem donar importància a la mirada pensant, el que hem de fer és saber distingir bé entre el que són els nostres pressupòsits i els nostres prejudicis, que són dues coses completament diferents. És evident que, quan ens acostem a una realitat determinada des d'una professió determinada, tenim certs pressupòsits. La pregunta és quants prejudicis tenim també i si els pressupòsits són pressupòsits professionals o són prejudicis ideològics, de classe, de cultura, del que sigui. És molt important distingir entre les dues coses. Perquè els prejudicis són inconscients, són intangibles, però són molt eficaços. De pressupòsits, en tenim, n'hem de tenir i els hem de replantejar contínuament, perquè han de ser treballats, han de ser criticats, han de ser conscients. Hem de saber quines són els pressupòsits de la nostra feina, tot vigilant que els prejudicis no se'ns els mengin. Les organitzacions sanitàries han d'afavorir el pensament dels seus membres, l'han d'afavorir de debò, però han d'afavorir i practicar un pensament sotmès -faré servir una expressió freudiana- al principi de realitat, principi que, si sempre és important, ho és molt especialment en el cas de la salut mental. Massa sovint les nostres organitzacions es dediquen a pura acció, fan pura organització, emeten ordres, o segueixen ordres o segueixen consignes i no fan cap tipus de reflexió d'allò que s'està fent ni de les conseqüències que acaba tenint allò que s'ha ordenat o organitzat.

Reconeguem, però, que perquè una organització pugui tenir un gruix de pensament interessant, és important que hi participin tots els seus membres i que les seves accions i decisions, si no volen perdre contacte amb la realitat, es debatin i plantegin de baix a dalt, no de dalt a baix. Quan es volen imposar idees sobre la realitat -de vegades, contra la realitat-, s'està practicant ideologia de la més nefasta: es volen imposar idees que la realitat no tolera, no aguanta, no fa seves. En canvi, si es parteix de la realitat -per bona o per dolenta que sigui, tant és, no pensis, mira!-, si es parteix d'ella i s'elabora, llavors el pensament és imprescindible i fonamental. Permetin que ara em faci meu un eslògan de Goethe, que té un passatge absolutament preciós quan discuteix què hi ha en l'origen, en el principi de tot. Goethe planteja si en el principi era el Verb -com diu Sant Joan en el Nou Testament-, però dubta que en el principi no fos l'Esperit, i acaba dient "No. En el principi era l'acció!". L'acció, evidentment, conté esperit i conté verb, però és l'acció la que fa que siguem humans, que tinguem relacions, perquè no som éssers purs o esperits, i no hem de ser només paraules i sorolls, pura retòrica. Els humans som gent que actua. Hi

ha, doncs, una connexió íntima entre pensament i experiència: el pensament té sentit a l'interior de l'experiència, per millorar-la, per criticar-la, per defensar-la. Sense això, seríem purs autòmats que actuaríem i faríem coses sense saber ben bé cap on anàvem. És en l'experiència i des de l'experiència que el pensament troba el seu lloc, el seu lloc més adequat, més eficaç. El pensament desarrelat, desencaixat, només pot aconseguir que arribem a ser potser uns mals filòsofs.

2. La persona malalta

A partir d'aquí, volia plantejar que el treball d'aquells que es dediquen a la salut mental està condicionat per diverses idees i prejudicis. En primer lloc, està condicionat per la idea que es tingui de la persona i del malalt: segons com es vegin les persones que es tenen al davant i segons què es consideri un malalt o com se'l consideri, s'actuarà d'una manera o d'una altra. Per tant, l'experiència del tracte -no només del tractament- terapèutic amb un malalt vindrà condicionada per allò que es pensi abans fins i tot de mirar i escoltar. No pensis, mira! I en el cas de la salut mental, també -i de manera molt important- no pensis, escolta! Però, què veiem quan veiem un malalt? Què veiem quan veiem una persona? Em sembla que aquí valdria la pena fer algunes consideracions.

La primera és que ens hauríem d'acostumar a considerar la persona sencera. Lamentablement en tots els camps -però també, i molt, en medicina-, ens hem acostumat a dividir, a seccionar, a disseccionar la persona. Per què? Perquè tothom és o vol ser especialista en alguna cosa, i això vol dir que tothom vol restringir, esquifir el seu camp de visió i de competència. No és pas rar que algú, a qui se li retregui manca de cultura o de visió general d'alguna cosa, respongui "oh, és que jo sóc especialista". No estic en absolut contra els especialistes, però em sembla que estaria bé que ho fossin amb cultura, és a dir, que l'especialista ho fos sobre una base, no que la mateixa especialitat ja fos la base, el principi i la fi de tot. De fet, hi ha molta gent que ja està de tornada sense haver anat encara enlloc. En medicina també es divideix, fracciona, separa i desintegra massa. En el cas de la salut mental, també.

Molta gent del carrer i els mateixos malalts pensen sovint que un malalt mental és un malalt que només té la ment malalta, és a dir, que hi ha una cosa que és la ment, que és separable de les altres coses i que aquesta pot estar malalta, com qui diu, pel seu compte. Aquest fraccionament de la persona em sembla lamentable, bàsicament perquè és erroni. De fet, què diu l'OMS? Quina definició dóna de salut? A mi sempre m'ha impressionat extraordinàriament la seva definició, que fins i tot faig servir en contextos que no són sanitaris. Diu l'OMS: "Salut és l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no la mera absència de malaltia." A primera vista i segons aquesta definició, podríem dir que tots estem malalts perquè, si la salut també inclou un complet benestar social, qualsevol que tingui problemes familiars o que simplement tingui hipoteques, ja es veu que no podrà estar tranquil ni es podrà declarar en estat de benestar. A aquesta conclusió, però, només hi arribarem si mal interpretem la definició de l'OMS, que és una proposta esplèndida perquè indica que "salut" o "estar sa" són termes regulatius, és a dir, no són termes fixos i rígids, d'aplicació automàtica, no

defineixen un estat precís que -en la pobra lògica binària- es té o no es té, sinó que assenyalen una meta, un ideal, cap al qual hem de caminar. I l'OMS recomana que anem cap a totes tres dimensions alhora, la física, la mental i la social. Heus aquí un projecte esplèndid i global.

Per això hauríem de considerar sempre la persona sencera, tan sencera que fins i tot ha d'incorporar elements exteriors a si mateixa: l'entorn i les relacions intangibles són elements determinats per a la salut i el benestar de la persona, ja que són elements que fan la persona o la destrueixen. D'aquí que els humans, complexos i dependents com som, siguem alhora forts i fràgils, sans i malalts. Montaigne, que és un personatge molt important per a la cultura moderna, té algunes consideracions precioses sobre la salut i la malaltia. Diu, per exemple, que "hi ha malalties medicinals i saludables." Per estrany que això sembli, Montaigne ho diu ben justificadament, perquè va molt bé de saber que es tenen determinades malalties, ja que així un s'hi pot adaptar, les pot controlar i pot conviure amb elles. L'assumpció de la malaltia és, certament, una eina terapèutica.

La salut i la malaltia -ens ho ensenyen l'OMS i l'experiència- són sempre qüestió de grau. No podem distingir rígidament, abruptament, entre humans malalts i humans sans, tal com no podem distingir nítidament, a l'escola, entre alumnes intel·ligents i alumnes estúpids. No dic que no puguem distingir entre ells; només dic que no ho podem fer nítidament, de manera estricta i tallant. I això passa perquè la salut i la intel·ligència són un continu que admet graus i matisos. Hi ha molts sanitaris joves -infermers, metges, psicòlegs, assistents socials, etc.- que encara s'angoixen molt perquè no resolen del tot els problemes dels seus pacients, sense adonar-se que la solució definitiva dels nostres problemes de salut no existeix, almenys no en vida. Si el sanitari no entén això, correrà el risc de fer sessions de teràpia cada dia pitjors, perquè el malalt estarà si fa no fa igual que el dia anterior, però ell estarà cada dia més preocupat, més inquiet, potser més angoixat i, doncs, de fet, més malalt. Intentar guarir vol dir això: tractar la persona sencera, amb les seves barreges i les seves dificultats, sense menystenir tampoc les barreges i dificultats pròpies.

Permetin que ara faci una reflexió específicament dirigida a la salut mental. Em sembla que, en la nostra cultura occidental cristiana, sovint arrosseguem un error sensacional que en bona part ens ve de la filosofia, però que també prové en part d'una idea transmesa pel cristianisme: l'error ha consistit a dividir els humans en cos i ànima, en un dintre i un fora. I hem fet com si el dintre fos independent del fora. Això ha tingut -i encara té- conseqüències terribles, perquè llavors sembla com si les malalties mentals, per exemple, es poguessin tractar només com a mentals i com si les malalties físiques no tinguessin res a veure amb el mental. Ja ho sé que això avui ja és criticat per molts, i sé que Freud, per exemple, ho va mirar de superar. Tanmateix, la idea de l'autonomia del mental respecte al físic, continua essent una idea massa generalitzada. Precisament per això tenen tant d'èxit algunes teràpies absolutament sorprenents, teràpies alternatives que assegurin que les persones "es trobaran", "es realitzaran" si van dintre seu, si miren cap endins, si fan exercicis d'interiorització. Amb tota franquesa: em temo que, si algú que s'ha perdut -en quin sentit, què vol dir això?-, confia a trobar-se dintre seu mateix, no ho aconseguirà, o bé només

semblarà que ho aconsegueix perquè, de fet, no s'havia perdut. I és que, si algú "es perd", es perd tot ell i no pot recórrer a un interior en el qual el seu autèntic jo s'hauria refugiat i s'hauria "salvat". Em sembla ben clar que la vida humana no s'estructura així, per trossos, per parts, com les capes d'una cebra o com un joc de nines russes.

La vida humana no funciona -com se'ns ha volgut inculcar durant segles- de dins cap enfora, sinó més aviat de fora cap endins. Per això són tan importants les influències, els ensenyaments, els ambients, les situacions, les experiències, justament perquè rebem i assimilem, emmagatzemem, elaborem. El resultat final és sempre un conjunt, més o menys reeixit. Amb això no estic pas negant que existeixi el que s'anomena "vida interior". El que nego absolutament és que la vida interior estigui separada de la vida exterior. I el que afirmo és que la vida interior sempre ha de tenir criteris externs per fer-la comprensible, per fer-nos-la comprensible a nosaltres mateixos. Si no en tinguéssim criteris externs, ni nosaltres mateixos no podríem saber realment de què estaríem parlant.

El solipsisme que diu que "només jo puc saber què m'està passant" -en versió escolar "jo ja sé què vull dir, però no ho sé dir"-, resulta fals. Quan algú defensa el solipsisme, el més adequat és fer veure a aquella persona que, malgrat la seva afirmació, ella mateixa no sap pas què li està passant; simplement experimenta sensacions o emocions, però això justament no és un saber perquè, si ho fos, seria compartible, i ella diu que no ho és. En el terreny del saber, el jo, com a tal jo, no té cap exclusiva epistèmica. Qui realment sap què li està passant a una altra persona, no és aquesta persona mateixa, sinó algú altre. (I per això ella acut a experts, consellers, familiars o amics.) Si l'interessat sabés què li està passant interiorment, també podria donar-ne proves o tenir-ne dubtes, ja que aquests sempre acompanyen i defineixen el saber. Ara bé, quan algú experimenta sensacions o emocions, no necessita ni dubtes ni proves. Fins i tot li semblaria ridícul plantejar-s'ho així. Imaginem que algú va al dentista queixant-se de mal de queixal i que el dentista -filosòficament deformat-, li pregunta com ho sap que li fa mal el queixal. El pacient només podria respondre "me'n fa".

El malalt, doncs, té determinades experiències, mentre que el saber el té el professional, però no solament pel fet de ser professional sinó també pel fet de ser "un altre", de no ser el malalt. El sanitari ha d'acompanyar el malalt: ell no hi aportarà l'experiència -almenys no l'experiència actual, immediata-, però hi aportarà el saber i l'exterioritat, la distància. La suma de l'experiència i del saber poden fer una bona teràpia, perquè la teràpia també se la fa el malalt, sense paternalismes impropis i presumptuosos. Repetim-ho un cop més: és la persona sencera que està malalta. No és només un cor que està malalt, sinó el cor d'una persona, ni només un fetge, sinó el fetge d'una persona, amb circumstàncies i condicionaments sovint ben definits. Semblantment, no és una ment allò que tracten els professionals de la salut mental, sinó la ment d'una persona. Per això no s'ha de suposar mai ("no pensis, mira!") que aquesta persona només té la ment malalta. La situació és molt més barrejada, molt més complexa. D'aquí que sigui de vegades tan i tan difícil tractar una depressió, per simple que sembli. Perquè si el problema estigués concentrat en la ment a

l'interior d'aquella persona, potser no costaria gaire. Entenguem, doncs, que és la persona la que té una depressió i no la seva ment. La persona sencera. En aquest sentit sóc molt escèptic no sobre l'ús adequat de fàrmacs però sí sobre la reducció de les teràpies a tractaments farmacològics cada dia més potents i, pretesament, més eficaços. És clar que alguns medicaments poden guarir malalties. El que no és gens clar, sinó ben al contrari, és que els fàrmacs puguin ser de tan ampli espectre - els eficaços més aviat són específics- que acabin guarint la persona sencera que és la que, en definitiva, està malalta.

3. El professional sanitari

El treball en salut mental no està condicionat només per les idees que es tenen de la persona i del malalt, sinó també per la visió que es té de la professió sanitària. Aquesta visió, aquesta autoconcepció del professional, condicionarà completament la seva manera de fer. Em sembla que seria bo que el professional sanitari integrés tres elements: a) que no tingués una visió reduccionista, sinó global; b) que no afavorís el treball individualista, sinó el treball d'equip; c) que no alimentés el seu paternalisme sinó l'autonomia del malalt.

a) Visió global

En el fons, que és el realment important, què és el que busca el professional de la salut mental? La resposta és fàcil i ja l'hem donada abans: busca el benestar de la persona, de la persona integral, de tota ella, en els aspectes físics, mentals i socials. Per aconseguir-ho, però, és ben clar que ha d'afavorir una visió global de la seva feina. Ara que es parla tant de "globalització", em sembla bo distingir entre tres conceptes que habitualment es barregen i es confonen, seguint la moda curiosa de carregar-ho tot, per bé i per mal, a la pretesa i ambigua globalització. Els tres conceptes que voldria distingir són "globalitat", "globalització" i "globalisme".

"Globalitat" és un terme estrictament geogràfic. El món és global, el món és un globus. Això encara no té res a veure amb la globalització, té a veure amb el fet d'haver descobert que es pot donar la volta al món. Fa més de cinc-cents anys que sabem que la terra és un globus, fa més de cinc-cents anys que els humans anem amunt i avall. Van començar els aventurers, els predicadors i els mercaders. Ara donem més de pressa la volta al món, i ho fem amb tota exactitud. Les distàncies s'han fet més curtes. En aquest sentit, el món s'ha fet més petit. La globalitat és geogràfica.

"Globalització" és un terme polític. Indica l'intent d'aconseguir una certa unificació del món sobretot en el terreny econòmic, però també en les pràctiques democràtiques. A mi em sembla que s'està fent una mala globalització perquè es vol imposar de dalt a baix: els grups hegemònics volen homogeneïtzar el món, volen imposar la seva manera de pensar i de fer tant a l'Argentina com a l'Irak, tant a Sud-àfrica com a Suècia, cosa que resulta d'una prepotència ridícula i escandalosa. En canvi, no em sembla pas que m'hagi d'oposar, per principi, a qualsevol globalització política. En un món que ha descobert la seva globalitat geogràfica, fins i tot resulta

coherent que es tendeixi vers la globalització. Aquesta, però, hauria de ser feta des de baix, sense imposicions arbitràries i a partir d'acords, eliminant les desigualtats i respectant les diferències. La globalització és clarament ideològica i política, tracta del poder.

"Globalisme" és un terme més aviat filosòfic, de teoria del coneixement. Indica una manera d'enfocar i d'examinar la realitat, per oposició a una altra manera que m'agrada força menys i que és l'"atomisme". Quan examinem una realitat -un hospital, una família, una empresa, la realitat que sigui-, si aquesta realitat és una mica complexa, no la podem abraçar de cop, sinó que l'hem de considerar per parts, l'una després de l'altra. Quan s'ha fet això, l'atomista pensa que cada part de la realitat -o del problema, si ho és- té sentit en si mateixa. L'atomista se satisfà amb una forma de procedir seqüencial: una cosa després de l'altra, fins que les ha repassat totes. El globalista, en canvi, s'adona que cada part de la realitat està en funció del conjunt. El globalisme que jo defenso no s'acontenta amb el repàs de cada part, sinó que vol veure les interconnexions entre les parts, les seves interferències i influències. Li interessa l'acció de conjunt, sense reduir-la, sense escanyar-la i empobrir-la. El globalisme és una ideologia interpretativa, tracta de la comprensió de la realitat.

b) Treball d'equip

El treball d'equip és important, per evitar justament alguns dels errors i problemes assenyalats fins aquí. No es pot enfocar amb sentit, competència i eficàcia la tasca sanitària en el camp de la salut mental si no es treballa en equip. Ningú no pot creure, però, que el mer fet de treballar en equip ja produeixi resultats satisfactoris. L'èxit del treball d'equip sempre depèn de la qualitat d'aquest treball, que està sotmès a condicionaments importants i que ha d'afavorir una lògica interna positiva. La primera cosa que s'ha de procurar és que l'equip mateix faci experiència de salut. Vull dir que l'equip ha de ser saludable. Si és un equip amb patologies notables, val més dissoldre'l. L'equip ha de fer experiència de rigor, de llibertat, de confiança i d'intercomunicació, experiència d'esperit crític i autocrític.

És clar també que l'equip ha de tenir lideratge. El cèlebre sociòleg Max Weber distingeix molt bé entre autoritat i poder. Sovint els nostres equips -i particularment els equips mèdics- són equips de poder, d'un poder que es fa sentir, que es fa notar, d'un poder basat en la jerarquia estricta i en l'estatus individualment aconseguit. Em sembla que en els equips que no són d'estricta gestió el que cal no és poder sinó autoritat, aquella que no ve donada pel rang, sinó pel carisma, per la capacitat de dirigir l'equip, per l'acceptació i el consens dels seus membres. I per això els equips que han de tenir una mica de durada no cal que tinguin un lideratge molt llarg; justament l'equip serà més bo si té en el seu si gent diversa capaç de liderar-lo en diverses etapes.

I és que un equip ha de tenir una composició diversa i complementària. En un equip hem de poder sentir les coses que no ens agraden. Desgraciadament, les organitzacions i societats que estem muntant no van pas en aquesta direcció. La llibertat d'opinió cada dia sembla més una cosa del passat i una reivindicació retòrica. Fa poc -i d'exemples com aquest, n'hi

ha cada dos dies-, van condemnar un escriptor britànic a Àustria perquè negava l'holocaust nazi. Estic completament en contra que se'l condemnés. Hi estaria d'acord si ell demanés o promogués la persecució dels jueus. En canvi, no em sembla que se'l pugui condemnar per tenir una opinió que és, ben cert, absolutament falsa, absolutament errònia, però que és només una opinió. Condemnarem també els que neguin la llei de la gravetat o els que estiguin a favor del creacionisme? Ja ho sé que l'holocaust o el racisme toquen més els nostres sentiments que les opinions estrictament científiques, però les opinions, totes les opinions, continuen essent només això, opinions, que s'han d'educar, canviar o respectar i, en qualsevol cas, s'han d'argumentar, però que no s'han de condemnar. Les opinions, en una societat lliure, no poden ser delictes.

Ara, però, sembla que només es vol respectar la llibertat d'opinió quan l'altre pensa com nosaltres, és a dir, quan no cal posar en marxa el respecte perquè no hi ha discrepància. Una societat, però, que rebutgi i castigui la discrepància, no podrà ser ni socialment ni científicament avançada. Per això és important que l'equip experimenti la llibertat d'opinió, sabent que moltes opinions, afirmacions, suposicions o teories després s'hauran de revisar i retirar.

L'equip, però, no només ha de tenir lideratge i un intercanvi obert, amb projectes concrets, sinó que també ha de ser estable i ha de cultivar dues virtuts que em semblen fonamentals per a la salut mental de tothom: un equip ha de tenir paciència i sentit de l'humor. Les nostres teràpies guareixen només certes coses i sovint engendren noves malalties. Per això, perquè el nostre treball doni bons resultats, cal mantenir una complicitat extraordinària i constant amb el malalt.

c) Autonomia del malalt

Aquest és un punt que no podré desplegar tant com voldria i caldria, tot i que és fonamental. Des del mateix moment del naixement d'un infant, l'eduquem i el cuidem justament perquè adquireixi autonomia. Aquesta és l'autonomia que ha de mantenir i, si pot ser, augmentar fins al final de la seva vida. Un psiquiatre em deia no fa gaire que l'edat de la vellesa ja no es pot fixar, com es feia fins fa poc, en un moment determinat i edat determinats, per exemple, en el moment de la jubilació als 65 anys -que és quan abans començava l'anomenada "tercera edat"-, senzillament perquè ja no es jubila tothom a la mateixa edat i perquè la gent viu de mitjana molts més anys que abans. Per això l'amic psiquiatre em deia que només s'és vell quan s'ha perdut l'autonomia. Això vol dir que també es pot ser vell als 30 anys. L'autonomia és allò que han de preservar aquells que treballen en la salut mental. No n'hi ha prou, doncs, de guarir, si això es fa al preu que el malalt es vagi fent més i més depenent, de fàrmacs, de situacions o de persones.

Ara bé, perquè el malalt pugui continuar essent subjecte, convé que ell pugui parlar molt. Recordem aquí la pacient de Freud que deia que el que oferia Freud era una "talking cure", una teràpia d'enraonar. Aquest és un punt que hem de subratllar cada dia més. Els psiquiatres ho afirmen, però

el cardiòleg Valentí Fuster també: enraonar és una excel·lent activitat que resulta preventiva contra les malalties mentals i, fins i tot, contra les malalties cardiovasculars. Aquí potser hauríem de tenir en compte que una bona part dels problemes mentals actuals són deguts a la soledat i nodrits en la soledat, que s'ha convertit en un dels grans temes que haurien de reclamar la nostra atenció i la nostra reflexió.

Enraonar és fonamental, però no pas, com pensen molt, perquè el llenguatge és un mitjà de comunicació. Una llengua és molt més que això: no és només un mitjà de comunicació sinó que és un medi, no és només un "moyen" sinó que és un "milieu". La llengua és el medi en què pensem, riem, sofrem, vivim, respirem. És per la llengua que estem malalts, en bona part: perquè no ens han dit prou "t'estimo", perquè ens han insultat i maltractat, perquè no ens han deixat expressar en llibertat, per moltes coses d'aquestes i potser perquè no podem enraonar amb ningú. És en bona part per la llengua que estem malalts. Hem de cultivar la llengua, hem d'enraonar. Sense cap altre objectiu que aquest. O és que ens en cal algun altre? Tot i que, quan enraonem, sobretot en la teràpia, potser confiem -i farem bé- que, a més d'enraonar, encara passi alguna cosa, i que la cosa que passi sigui bona. Perquè molts malalts són persones que han quedat tancades, aïllades, en el medi del seu llenguatge. Algunes de les patologies i de les malalties mentals vénen del fet d'haver quedat tancada la persona en un medi autofabricat, en un medi en què tota sola enraona, pensa, crea personatges i hi parla, un medi que no té en compte el principi de realitat.

4. Les organitzacions sanitàries

Fins aquí he parlat de la importància de l'experiència i del pensament, de com veiem la persona malalta, de com ens veiem a nosaltres mateixos, de la importància d'una visió global que és feta en equip i que busca l'autonomia del malalt. Tot això ens aboca a parlar, ni que sigui breument, de les organitzacions sanitàries, que són instruments per dur tot això a la pràctica, però que no són mers instruments.

L'organització ajuda a projectar, protegir, corregir i vivificar allò que es fa. És important, però, que, tant com sigui possible, l'organització funcioni molt àgilment de baix cap a dalt. I això senzillament per fidelitat al principi de realitat, per saber de què es parla, per no fer volar coloms, per no autoenganyar-se. Ara només assenyalaré quatre aspectes que poden ajudar l'organització a fer el servei al malalt que s'espera d'ella.

En primer lloc, hi ha la qüestió del temps, del "tempo", dels ritmes de treball. Una organització eficient no pot demanar més rapidesa i més èxits que els que són possibles. Em temo que l'eficientisme mèdic i sanitari sovint és sobretot quantitatiu: es compten els minuts de visita, els dies d'espera, el nombre de malalts i de llits, etc. etc. No dic que això no s'hagi de fer, però això és precisament fàcil de fer. La quantificació, però, s'esguerra quan es volen comptar els malalts que realment es curen en una àrea de salut mental. ¿No ha de resultar estrany per a tothom, també per a l'organització sanitària, que una malaltia mental es pugui curar de pressa, si les seves causes són complexes i vénen de lluny? Si volem desfer un cabdell amb molts nusos, per desfer aquests nusos tardarem com a mínim tant temps

com el que es va tardar per fer-los, llevat, és clar, que algú talli els nusos de cop. Però, llavors, no haurem desfet els nusos, sinó que simplement els haurem liquidat. Desfer nusos és una feina complexa. Desfer nusos mentals, també.

En segon lloc, voldria referir-me als recursos. Convé que no valorem només la quantitat de recursos de què disposem, sinó sobretot la seva qualitat. Això ja ens passa amb els coneixements que tenim. Avui, en l'era de la informació massiva, no és important que tinguem molts i molts coneixements -ja és impossible que els tinguem tots-, sinó que tinguem els coneixements adequats, els necessaris. Per això és tan imprescindible una bona formació continuada: no per recuperar totes les lectures i tècniques que no s'han fet quan tocava, sinó per deixar de banda aquelles que ja no cal que es facin i per abocar-se decididament a allò que convindria fer. Abandonem la mania de saber-ho tot, que genera mala consciència i paralitza. A meitat del segle XX encara tenia sentit, perquè es podia estar al dia del saber. Ara és impossible. La dificultat no està a saber-ho tot, sinó a saber què és el que s'ha de saber. I, a l'hora de la veritat, a saber fer el que s'ha de fer. En la pràctica mèdica, en poc temps s'ha passat de la pregunta "què puc fer?" -perquè hi havia pocs recursos, pocs mitjans, poques solucions-, a la pregunta "què he de fer?" -perquè hi ha moltes alternatives, no pas totes equivalents, i s'ha de triar. Aquest canvi de perspectiva, però, s'ha de fer conviure amb una nova inquietud: la despesa sanitària serà cada dia més estrictament controlada. El fet que aquesta despesa preocupi i no sigui simplement allò que sempre es paga -per molt que sigui- *després* de fer el que s'hagi fet, sinó que la mateixa despesa ja sigui un element inclòs en la reflexió sobre què s'ha de fer, planteja evidentment reptes tècnics i ètics molt greus tant als professionals com a les organitzacions sanitàries.

La qüestió dels recursos em porta de manera ben directa a reflexionar, en tercer lloc, sobre el tracte que les nostres organitzacions donen al malalt. Tal com hem vist abans, no n'hi ha prou de guarir-li la malaltia, prescindint d'ell; se l'ha d'atendre a ell que està malalt i és clar, com a conseqüència d'aquesta acceptació del malalt, se li ha de guarir, si es pot, la malaltia. Per formular-ho ben clarament, recorreré a una expressió del filòsof alemany Immanuel Kant. Ell ens diu no què hem de fer per als altres -perquè això s'ha de veure en cada ocasió i circumstància-, sinó *com* hem de tractar els altres. Kant diu: "tracta l'altre com un fi, mai com un mitjà". Amb això, Kant està distingint entre persones i coses. Les coses són mitjans, són instruments, que poden ser intercanviats, amb més o menys sort, els uns pels altres. Una persona, no. Perquè una persona no és un mitjà sinó un fi. Per això no hi ha dos pacients iguals. Kant diu que una persona és una dignitat. D'aquí que sigui literalment una indignitat tractar una persona com si fos una cosa.

Aquest podria ser un bon criteri inspirador de qualsevol tasca sanitària i, de fet, de qualsevol relació entre humans. És, però, tota l'organització sanitària -més enllà de la simple bona fe i bona intenció del sanitari- la que ha de fer possible aquest tracte humà. El malalt no és un número, ni l'element d'una estadística, ni tan sols un objecte d'estudi o d'atenció i interès. Un humà és una dignitat, un fi en si mateix. Se li ha de tenir respecte, se l'ha d'ajudar que es tingui respecte a si mateix, que vulgui mantenir la seva autonomia.

S'ha de mirar que vulgui ser feliç, encara que li puguin tocar moments difícils, de dolor i sofriment.

És clar que la idea de felicitat és una idea delicada, amb la qual s'ha d'anar amb molt de compte. La felicitat no depèn només del meu voler, perquè les condicions de la meua vida poden ser tan adverses que el meu voler no faci sinó posar de relleu que vull però no puc. La felicitat no s'ha de confondre amb la sensació de plaer que es pot tenir en un moment determinat, sensació que ni és duradora ni és sempre significativa. La felicitat no es pot lligar tampoc a l'adquisició d'objectius o l'assoliment de metes, perquè no hi ha cap objectiu ni cap meta que puguin atorgar la felicitat de manera automàtica i garantida.

Em sembla que la felicitat s'assembla més aviat al judici que un fa quan, mirant enrere, pot dir: "ha valgut la pena". Heus aquí una expressió magnífica i sàvia. Ens mostrem satisfets perquè una vida o la part d'una vida "ha valgut la pena", tot i acceptar que en ella hi ha hagut "pena". Perquè reconeixem que la vida no és llisa i uniforme, no és tot flors i violes. La vida és una barreja, carregada de contratemps i de penes, però que de vegades reconeixem que fins i tot les penes "s'ho valen", que en un judici global, tot comptat i debatut, ha valgut la pena passar-les, passar-hi. Les alegries i les penes, la malaltia i la salut vénen molt barrejades i és feliç aquell que descobreix que, viure així, que viure aquesta vida, també s'ho val. Això no ho pot pas dir tothom, perquè no sempre la vida és una vida feliç. Sovint, però, es pot dir. I tant ho pot dir una persona sana com aquella que pateix una malaltia mental. Per això s'ha de procurar que cada dia la vida valgui més la pena. La teràpia ens ha d'ajudar precisament a descobrir-ho. Aquest és, de fet, el fi últim de tota la feina en el camp de la salut mental: que el malalt també descobreixi que val la pena viure, que ningú no és feliç només perquè vol, però que ningú no ho pot ser si ell no vol. Aquest és el petit secret de la felicitat. Potser és un secret molt petit. Però és molt decisiu.