

IV

**CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA
CONGRES MONDIAL DE PSYCHIATRIE
WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY
WELTKONGRESS FÜR PSYCHIATRIE**



**DISCOURS D'OUVERTURE DE MONSIEUR
LE PROFESSEUR J. J. LOPEZ IBOR,
PRESIDENT DU CONGRES**



CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICHIATRIA
CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICHIATRIA
CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICHIATRIA
CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICHIATRIA

VI

CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICHIATRIA
CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICHIATRIA
CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICHIATRIA

DISCOURS INAUGURAL DU IV CONGRES MONDIAL DE PSYCHIATRIE

prof. Juan José LOPEZ IBOR

J'aimerais d'abord souhaiter la bienvenue à tous les collègues qui nous honorent de leur présence. L'immense effort que le Comité Espagnol a réalisé pour organiser le IV Congrès Mondial de Psychiatrie se trouve largement récompensé par le fait de voir ici, parmi nous, autant de représentants de tous les pays du monde, des différentes Ecoles de Psychiatrie et des Sociétés qui composent notre Association. Nous sommes tous prêts à discuter les thèmes centrales de la Psychiatrie, aussi importants pour un monde en transformation tel que le nôtre. Si la confrontation des points de vue et l'échange des expériences est toujours intéressant et fécond, cela est d'autant plus vrai à présent, précisément par l'influence que les transformations opérées dans la vie de l'homme contemporain exercent sur la psychiatrie elle-même. Aussi, jamais la psychiatrie n'avait éveillé l'attention, ni l'intérêt, comme à l'heure actuelle. Dans tous les méridiens et dans toutes les latitudes les problèmes psychiatriques et d'hygiène mentale se trouvent au premier plan des soucis, aussi bien des gouvernants que des gens qui sont gouvernés.

Le Premier Congrès Mondial de Psychiatrie a eu lieu à Paris en 1950 sous la Présidence du Professeur DELAY avec la collaboration et le dynamisme personnel de notre Secrétaire Général, le Dr. EY. Nous sommes redevables à nos confrères français d'avoir pris l'initiative de fonder cette série de Congrès de Psychiatrie. Il y en avait déjà eu, précédemment d'autres spécialités voisines à la Psychiatrie. Le Deuxième Congrès a eu lieu à Zürich en 1957. C'était l'année du centenaire de la naissance de E. BLEULER et cette circonstance en fit un Congrès monothématique. Son thème, la Schizophrénie, est un des problèmes les plus passionnants de la Psychiatrie. L'organisation a été parfaite sous la Présidence du Prof. Manfred BLEULER en collaboration avec la Société Suisse de Psychiatrie. Le Troisième Congrès de Montreal est dans la mémoire de nous tous par la personnalité de son Président, le Prof. CAMERON et l'efficacité de ses collaborateurs. L'organisation fût magnifique et aussi la valeur des apports scientifiques. La Psychiatrie contemporaine est redevable encore au Congrès de Montreal parce que l'idée de constituer l'Association Mondiale de Psychiatrie y prit naissance, bien que la conception venait de la préparation du Congrès de Paris en 1948. De notre Association, de son passé, de son état actuel et de son futur nous parlera le Prof. CAMERON qui en est le Président, dans cette séance d'ouverture. Notre Secrétaire Général nous en parlera dans la Séance de Clôture.

Ayant reçu la charge d'organiser le IV Congrès à Madrid, le Comité Espagnol que je m'honore de présider, s'adressa d'abord à toutes les Sociétés de Psychiatrie des différents pays. Il faut souligner l'énorme coïncidence dans les thèmes qui nous ont été proposés et qui a facilité notre tâche au moment d'en faire le choix. Les Séances Plénières et le Symposia ont été élus par vous tous, représentants des Sociétés dans le monde. Tel accord signifie que nous, les psychiatres, avons des idées très claires sur les tâches qui sont les plus pressantes de notre temps, non seulement du point de vue de la recherche scientifique mais aussi des besoins de l'assistance psychiatrique d'un monde en

transition. J'aimerais au nom du Comité d'Organisation vous exprimer notre profonde gratitude et d'une façon spéciale aux collègues qui nous ont aidé en acceptant de prendre part aux Séances du Congrès. Il n'est pas possible, ni nécessaire de les nommer à cette occasion, puisque ses noms figurent dans les divers Bulletins et dans le Programme scientifique. J'aimerais aussi témoigner ma gratitude aux milieux officiels, aux Corporations, aux Fondations et aux compagnies privées qui nous ont aidé du point de vue financier.

Nous savons, bien sûr, qu'une tâche telle que la nôtre est soumise aux erreurs. Certainement nous en avons commis et au préalable nous vous demandons des excuses. Il est certain que les membres du Comité et du Secrétariat ont donné le meilleur d'eux-mêmes au service de l'entreprise.

De temps en temps nous entendons des critiques sur la quantité de Congrès qu'il y a. Il y a des gens qui pensent que dans un monde où les moyens de communication se sont multipliés de façon incroyable, les congrès n'auraient plus raison d'avoir lieu. Je pense tout à fait le contraire. Il est vrai que les moyens de communication écrite nous envahissent de plus en plus, de telle sorte qu'il n'est plus possible d'aborder la bibliographie dans les différents secteurs. Mais il est certain aussi que la vérité que l'homme de science recherche tous les jours, ne se trouve jamais déposée dans les livres, ni dans les revues scientifiques. Nous pouvons dire de même pour les moyens de communication technique.

Car il existe, outre la vérité objective qui nous est offerte par les moyens de communication, cette autre que l'on pourrait appeler l'expérience personnelle de la vérité. Cette vérité n'est pas dans les livres, elle est communicable uniquement par le contact humain direct et immédiat. La vérité nous apparaît avec des nuances et des profondeurs différentes si nous l'apprenons de quelqu'un qui l'a vécue. La vérité et tout autre si nous la comparons avec celle d'une autre personne. Dans la médecine - surtout dans la psychiatrie - cet aspect personnel et humain de la communication de la vérité est encore plus évident que dans les autres sciences. L'expérience des grands Maîtres ne peut pas s'acquérir qu'étant auprès d'eux. D'autre part les problèmes psychiatriques se trouvent de telle sorte imbriqués dans la société dans laquelle on vit, que le contact personnel avec quelqu'un appartenant à cette société nous ouvre, pour ainsi dire, les portes de la connaissance. La rencontre, la communication directe des gens, sont enrichissantes d'une façon bien plus substantielle que les longues heures de lecture. L'esprit inquiet des scientifiques est illuminé par des nouvelles lumières quand s'établit la discussion avec d'autres scientifiques. Il se manifeste un phénomène que nous pourrions appeler "réflexion bipersonnelle" sur un problème. Des nouvelles perspectives s'ouvrent quand, nous nous rendons compte à travers le contact personnel que le monde de l'aliénation est un monde d'une richesse et variété extraordinaire. De là viennent les difficultés pour trouver un accord dans la nomenclature psychiatrique ayant une valeur universelle. Les difficultés ne doivent pas épargner nos efforts mais elles doivent les stimuler. Nous espérons que le IV Congrès de Madrid à travers les Séances de Psychiatrie trans-culturelle, celles des "ordinateurs" dans la psychiatrie, programmes pour la formation des futures psychiatres, des propositions pour une nomenclature internationale, des confrontations entre les psychiatres de l'Est et de l'Ouest et d'autres thèmes pareils, nous ouvrira des nouveaux chemins d'unité. Nous devons tâcher de diminuer la dispersion babélique qui est une des caractéristiques de la psychiatrie actuelle.

Je sais bien que le but est difficile. La difficulté ne vient pas de l'intelligence des psychiatres et non plus de son travail. La difficulté naît des problèmes que le psychiatre aborde. Et c'est à cause de cela que la psychiatrie se montre aussi changeante et aussi dispersée. C'est aussi à cause de cela

que le psychiatre doit subir quelquefois l'ironie des autres médecins. Il n'existe pas de pareil entre la difficulté de trouver l'unanimité dans la définition de ce qu'est une aortite, par exemple, et ce qu'est une schizophrénie. Il est bien plus facile de se mettre d'accord dans l'interprétation de la forme d'opérer dans la nature que dans celle-là d'opérer chez l'homme, que ce soit du point de vue normal ou du point de vue pathologique.

La Psychiatrie est un exemple typique du problème des deux cultures duquel on parle autant de nos jours. Il s'agit de deux formes de culture qui vivent ensemble mais qui n'arrivent jamais à se joindre. D'un côté et au premier plan se trouve la culture technique, dérivée du progrès des sciences naturelles. D'un autre côté se trouve la culture humaniste qui doit impregner toute la vie de l'homme. Actuellement la doute nous vient d'avoir acquis un humanisme qui soit compensateur des troubles qu'une dilation trop poussée de la dimension technique produisent à l'homme à l'heure actuelle.

En Psychiatrie nous nous parcourons des voies pour aborder la maladie mentale. La Psychiatrie prétend d'être une science autonome, c'est-à-dire ayant ses propres méthodes, puisqu'elle a comme but l'étude de la maladie la plus humaine, la maladie mentale. Mais cette prétention d'autonomie est frustrée parce qu'une constellation diverse et variée de méthodes de recherche et par conséquence de trouvailles, a provoqué un authentique progrès dans la psychiatrie. Les chemins d'abord sont foncièrement deux: celui des sciences de la Nature et celui des sciences de la Culture. Nous nous trouvons face à la dicotomie des deux cultures appliquées à la Psychiatrie. La médecine moderne - je pense à la médecine somatique - doit son succès à l'application des méthodes de la science naturelle (Physique, Chimie, Biologie, Mathématiques etc.) aux problèmes qui leur ont été posés. Tout récemment la direction psychosomatique et sociologique a fait que la Médecine somatique se voit, elle aussi, influencée par la dicotomie des deux cultures, bien que d'une façon moins radicale que la psychiatrie. Il n'en pouvait pas être autrement car la médecine s'occupe de l'homme malade, or de l'homme comme unité, c'est-à-dire comme singularité et totalité.

Vers la fin du XIX siècle la psychiatrie entra à l'Université et ainsi elle commençait à se manifester dans un domaine tout proche de la médecine somatique. KRAEPELIN, ses prédécesseurs et ses successeurs tâchaient d'établir le modèle de la maladie mentale suivant le patron de la médecine somatique. Ainsi depuis lors chaque maladie forme une "entité nosologique". Les découvertes sur l'éthiologie et la pathogénie de la paralysie générale et sur l'anatomie pathologique permettaient de démontrer les paradigmes à imiter dans le reste de la Psychiatrie.

Peu après on s'est rendu compte que ce criterium restait de toute façon insuffisant. Même pas les symptômes psychiques pouvaient être mis en rapport avec les lésions qui leur servaient de base. D'autre part, les maladies infectieuses et les toxiques offraient des images analogues, comme s'il y avait un syndrome général basique, étant capable de déclencher d'une façon réactive, mais surgissant d'un modèle pré-fabriquée qui gît dans une structure psychique de l'homme. Le fait le plus frappant était l'impossibilité de classer ce schéma ni la schizophrénie, ni la psychose maniaque-dépressive. Il s'agit dans ces deux cas-là de deux formes de maladie radicalement distinctes des antérieures. On ne peut pas par conséquence affirmer qu'en approfondissant avec les mêmes méthodes de recherche nous puissions arriver à une solution des problèmes psychiatriques.

Un fait curieux du point de vue de la sociologie de la Science est le caractère nettement péjoratif qu'ont adopté quelques diagnostics psychiatriques. Il est dû probablement aux constantes de la mentalité collective d'une part et à l'attitude du psychiatre d'autre part. Souvent le mot "hystérique" est un insulte plutôt qu'un diagnostic. La même chose s'est passée avec le mot "aliéniste" et quelque chose de pareil arrive maintenant avec le mot "schizophrénie". C'est à cause de cela que le refus de faire des diagnostics comme s'il ne s'agissait

plus que d'une étiquette infra-valorative, est tout à fait opposée à la tradition médicale, qui en tout premier lieu a souligné l'importance du diagnostic. La médecine est une science et elle n'est pas empirique. D'une part la Psychiatrie veut l'incorporation à la tradition médicale par le diagnostic, d'autre part elle essaie une rébellion, en refusant de diagnostiquer. Ce refus a son fondement, sa justification: les psychiatres se rebellent contre une attitude statique de la psychiatrie. La résistance à établir des étiquettes est souvent une renonce à agir. C'est la même attitude que du point de vue social se traduit par l'isolement du malade alinéé. Socialement la ségrégation se fait au moyen des murs et des lois; scientifiquement par les diagnostics.

Toutes ces considérations-là ne veulent pas dire que la description des maladies soit absolument inutile, comme il a été dit. Connaître l'histoire naturelle de la maladie est plus qu'une description, il n'est pas question seulement de pourvoir d'étiquettes quelques symptômes, comme il est fait dans des archives, mais de vérifier la dynamique du développement et de l'évolution de la manière de tomber malade. Cela nous permet d'établir un pronostic et par conséquent une ligne de conduite. Dans l'histoire naturelle de la maladie il y a un biodynamisme que l'on peut vérifier. Le grand schéma de KRAEPELIN en isolant deux grands groupes l'un de caractère cyclique qui maintient la personnalité indemne en dehors des phases et l'autre avec des tendances spécialement destructives de la personnalité du malade, est seulement un premier point de référence. Le schéma a été invalidé par l'inflation des deux groupes et surtout par la façon de les conduire comme s'ils étaient des maladies somatiques, alors qu'il s'agit de formes de tomber malade.

Ce grand écueil de la psychiatrie comme science naturelle ne doit pas nous faire oublier les succès actuels et le progrès futur qui est possible. Les études génétiques de certaines maladies, les expériences sur l'activité nerveuse supérieure et les découvertes des nouveaux médicaments ont contribué d'une manière décisive à changer l'aspect de l'assistance psychiatrique. C'est un chemin fécond, plein de promesses et aussi de risques, de dangers. Il n'y a pas longtemps que l'on a discuté dans un Congrès si devant la décision de renoncer à l'un des deux chemins, on ne devrait pas renoncer à la pharmacologie qu'au "traitement moral" des malades. La proposition - même du point de vue théorique - est absurde en elle-même. La psychopharmacologie facilite le "traitement moral" des malades et l'assistance intra et extra-murale est bien meilleure. La vie dans les établissements psychiatriques a changé complètement et il y a encore beaucoup à espérer de l'avenir. Les recherches sur les acides nucléiques (DNA et RNA) agissent comme des vecteurs dans la transmission génétique et s'amplifient pour une meilleure connaissance du contrôle de quelques fonctions vitales telles que la mémoire et l'apprentissage. La néurophysiologie a découvert certains ressorts de la conduite et elle peut les diriger à distance en pensant que ce que l'on a obtenu chez les animaux très tôt pourra s'appliquer à l'homme. La neuropharmacologie contrôle non seulement les crises pathologiques, mais certaines régulations vitales - rêve, fatigue, activité, plaisir, etc. - ce qui conduit fatalement à l'abus des médicaments. Nous sommes à présent devant un chemin plein d'espoir pour l'avenir de la psychiatrie, mais aussi devant un chemin plein de dangers qui nous rappellent constamment nos devoirs vis à vis de l'homme.

Il est logique d'espérer que dans les années à venir ces progrès subtils dans la biochimie et la névrogynamie et le métabolisme en rapport avec la conduite, permettront des nouvelles applications thérapeutiques. FREUD même avait formulé la provisionalité de sa méthode en espérant les progrès de la biochimie. Des auteurs ont affirmé que la psychopathologie de la schizophrénie perdrait sa valeur - autant d'heures de travail, autant de pages, autant d'efforts intellectuels perdus! - le jour où l'on découvre un substratum pathogénétique qui sert de base à son diagnostic et traitement. Il en fut de même pour la psychopathologie de la paralysie générale quand on découvrit que le diagnostic pouvait être fait au moyen d'une ponction lombaire et faire un traitement avec malario-

thérapie - autrefois - et avec des antibiotiques aujourd'hui.

Ce point de vue-là me paraît une erreur dangereuse: la deshumanisation de la psychiatrie. La vie psychique se détache - dans un certain sens - de son substratum corporel et possède son autonomie. Dans la médecine somatique actuelle il en est l'inverse. Malgré l'augmentation des connaissances pathogénétiques et thérapeutiques sur le procès pathologique il est chaque jour plus nécessaire - voire indispensable - de comprendre l'homme dans sa maladie. On ne peut pas le faire sans la psychologie profonde en collaboration avec la sociologie et l'anthropologie. La psychiatrie sentira de plus en plus le besoin dans la mesure qu'elle avance dans le chemin scientifique-naturel. Un grand problème pour la psychiatrie en tant que science consiste dans l'effort d'acquérir la clef des relations entre la pharmacothérapie et la sociothérapie. Nous sommes, encore, sur un terrain trop empirique, sans connaissance des interprétations profondes ni certaines de ses relations. La difficulté est compréhensible quand on pense que ce problème se rattache d'une certaine façon aux rapports entre le psychique et le physique, c'est-à-dire, au noyau unitaire de l'homme.

Heureusement la psychiatrie est aussi une science culturelle. La symptomatologie psychique du malade se trouve liée à sa propre vie psychique et, par conséquent, à son histoire antérieure - "histoire vitale interne" -. Aussi, quand souvent elle apparaît comme un "fait nouveau" différent et étrange. Dans la psychopathologie phénoménologique on fait la distinction entre ce qui est compréhensible et ce qui est explicable. On explique la présence d'une démence par des raisonnements analogues à expliquer la présence d'une rigidité pupillaire. D'autre part on comprend les troubles de la conduite d'un névrotique en partant des principes de la vie psychique normale.

Le psychique est l'incompréhensible, mais les limites de l'incompréhensibilité où se trouvent-ils? Ils ne sont pas indépendants des coordonnées du temps et de l'espace, dans lesquels nous vivons. L'incompréhensibilité est ce que manque de sens, c'est l'absurde; mais chaque jour nous comprenons mieux, parce que l'absurde est un ingrédient de la vie humaine. Il existe toujours un "reste apparemment indéchiffrable" que dans un moment quelconque peut surgir et nous dominer. L'important n'est pas l'existence de l'absurde, mais le fait que l'absurde domine la vie même et bouleverse le sens de la vie. Le sens de la vie n'est pas donné à la naissance, mais il fait tous les jours. Le sens de la vie est toujours menacé par l'absurde, l'acte qui manque de sens. Le secret de la normalité se trouve dans cette relation dialectique qui s'établit avec l'absurde au sein de la personne.

En nous posant le problème du délire, de l'hallucination et en général des troubles mentaux comme résultat de cette dialectique interne, nous nous situons forcément dans une attitude thérapeutique plus active, non seulement du point de vue somatique mais aussi psychique et social. Le nihilisme thérapeutique niche dans l'esprit du psychiatre qui pense que sa mission est seulement de décrire quelques troubles mentaux. Cette attitude n'est pas d'accord avec l'esprit du temps. Nous devons souligner dès lors l'importance des thèmes thérapeutiques qui seront abordés dans le Congrès de Madrid, aussi bien du point de vue pharmacologique que psychothérapeutique et sociologique.

Le temps vécu par l'homme contemporain montre une fugacité spéciale. Il y a chez lui une inquiétude, un désir de brûler des étapes. Les méthodes de traitement lent nous rappellent les voyages en diligence. Une série d'impératifs médicaux, sociaux et psychologiques nous exigent de la brièveté. La "psychothérapie brève" n'est pas un caprice, mais une exigence de notre temps. Avec un thème aussi intéressant se terminera le chapitre des Séances Plénières du Congrès.

FREUD a réalisé un gigantesque effort pour comprendre les névroses. Il est curieux de constater que cet effort se réalisa par des méthodes analogues à ceux de la science naturelle, quoique plus tard "s'extrapolarisa" par une grande mutation. Dans ce fait même on doit souligner une fois de plus l'ambiguïté de la psychiatrie qui ne peut pas être science naturelle ni science culturelle, mais elle doit choisir un troisième chemin, celui du dialogue entre les deux. La tendance à diviser la tâche dans les deux secteurs est encore trop forte. Il y a quelque chose comme une schizophrénie dans le monde scientifique qui se manifeste dans ce procès de scission. Le psychiatre ne peut pas d'aucune manière ignorer que cette division l'empêche de pénétrer dans l'essence de la cause de la maladie psychique qu'est l'essence même de l'homme. Parce que, malgré sa vie corporelle et sa vie psychique, il n'a qu'une vie humaine.

Le malade mental est un "aliéné". C'est-à-dire, quelqu'un qui s'aliène, qui saute les frontières du monde du normal. Mais la psychiatrie actuelle, dans cet immense effort de compréhension, a reconnu que précisément ce qu'il faut éviter est le fait qu'il s'aliène. Il est nécessaire que le malade reste dans la communauté. La psychiatrie de la communauté est une expression à la mode qui a beaucoup de versions significatives. Il s'agit de réorganiser l'assistance, d'une telle manière que le malade continue à vivre dans la communauté, de l'une ou de l'autre manière, parce que son exil le rend malade d'une façon encore plus destructive. Cette approximation du malade à la communauté, cette action d'estomper les frontières entre le normal et l'anormal crée des nouveaux problèmes dont le psychiatre actuel est bien conscient. La psychiatrie comparée, les problèmes de l'adolescence, la névrotisation de la société contemporaine, sont des contigus à souligner dans cette nouvelle frontière. La psychiatrie a une dimension sociologique qui est impossible d'ignorer. Et d'autre part, l'étude des "monstres de la raison" qu'a peints Goya, installés dans cet océan intérieur qui s'appelle l'inconscient et qui surgissent précisément quand la raison se rompt, est un postulat inéludible de la psychiatrie moderne. Il y a un inconscient personnel; mais aussi la société nous montre ses structures primordiales et inconscientes à travers des mythes qu'apparaissent toujours, quelque rationalisée que soit la vie. Il y a outre l'inconscient personnel et social un inconscient vital, celui qui flotte et qu'a appelé NOVALIS "la couture entre l'âme et le corps" et dont l'investigation profonde offre tant de promesses de nouvelles connaissances, spécialement dans les cercles des névroses et des dépressions qui constituent l'un des secteurs les plus intéressants de la psychiatrie actuelle. L'inconscient vital est ancré dans la corporalité et le corps même est celui qui forme et donne la structure à la personnalité humaine et agit comme véhicule dans les relations interpersonnelles.

Il est certain que la psychiatrie d'aujourd'hui est plus dynamique que jamais. Dynamique dans la découverte de nouveaux médicaments qui servent aux traitements des malades; dynamique dans l'interprétation des symptômes de la maladie; dynamique dans les études des causes, du point de vue génétique-biologique, des traitements psychiques, évocateurs du "terreur antique" dont souffrait la personne qui se réveille; dynamique finalement dans l'ample ligne où le normal et l'anormal se superposent ambiguëment, dessinant une frontière fluide entre les deux.

L'évidente dimension sociologique dans les perturbations mentales et l'angoisse diffuse de la société contemporaine ont placé les psychiatres de beaucoup de pays dans une position singulière. Il y a un certain danger, celui de l'inflation du rôle du psychiatre, comme s'il fût un magicien ou un théurgiste qu'eût dans ses mains le pouvoir de résoudre toutes les situations des conflits personnels et collectifs qui se présentent. Evidemment, beaucoup de conflits interpersonnels appartiennent

au camp de l'action de la psychiatrie. Quelques-uns parce qu'ils se dérivent d'une angoisse pathologique, d'autres à cause de déséquilibres instinctifs ou à cause de canalisations végétatives anormales, ou à cause d'effets qu'endommagent la structure de la vie psychique. Dans des conflits similaires domine avec fréquence le principe de la réitération, l'inadéquat réponse au stimulant, la réviviscence de l'angoisse infantile, l'immaturation de la personnalité ou l'oscillation pathologique des strates endotimiques, etc. etc.

Mais il y a d'autres conflits ou frustrations qui appartiennent à l'être même de la vie quotidienne. La vie est, en elle-même, un conflit et la suppression de tout conflit; si cela était possible, il aurait comme résultat l'inhibition dans le développement de la personnalité. Le caractère se forme dans l'adversité, ont dit les antiques. Il est certain que la connaissance du dynamisme des conflits évidemment anormaux nous rend capable, par analogie, de comprendre mieux ceux-ci qui appartiennent à la large ligne du normal. Mais il est également certain que souvent le psychiatre, sans le vouloir d'ailleurs, agit comme idéologue et propose des solutions lesquelles se trouvent au-delà de ses limites d'action, et dans son ferveur d'éliminer des conflits empêche la maturation de la personnalité plutôt qu'il la favorise. Il existe dans ce secteur une zone marécageuse qu'oblige le psychiatre de posséder beaucoup de connaissances et de les utiliser avec beaucoup de prudence. Quand cela se perd, on arrive à affirmer que "les maladies mentales sont un mythe" et qu'il faut substituer la psychiatrie par une nouvelle sociologie. Apparemment la population du monde s'est doublée dès la naissance de Christ jusqu'à 1650, et une deuxième fois entre 1650 et 1850. Pendant ce temps, la médecine était privée du pouvoir de modifier les moyens qu'entourent l'homme. Il n'y avait pas de grandes découvertes comme celles qui, après, ont permis le contrôle des épidémies et tant d'autres avances. C'était à cause des changements des modes de vie en ce temps-là qu'augmentait la population malgré tout, et cela influençait la mortalité humaine, quoique nous ne connaissons pas encore en détail les influences des progrès dans les modes de vie sur les chiffres de la mortalité. Si c'est le cas en se référant aux maladies somatiques nous devons reconnaître l'influence des modes de vie dans les maladies mentales avec plus de considération encore.

Les peuples suivent de plus en plus et par des chemins les plus divers l'idéal de la Société du bien-être. Peut-être l'idéal en lui-même n'est pas si nouveau dans l'histoire de l'humanité, mais les moyens pour arriver à cet idéal sont plus efficaces aujourd'hui et l'image qui se fait chaque collectivité de ce qu'est le bien-être se trouve plus en accord avec les moyens dont dispose la société contemporaine. Les pouvoirs publics dirigent ces efforts pour y arriver. Le bien-être demande sécurité et protection et tout ce que nous pouvons appeler "préconditions" de la félicité humaine. C'est la tâche des médecins et des organisations publiques sanitaires de combattre une maladie qui toujours bouleverse le bien-être humain en le convertant à un mal-être. Le combat contre les causes matérielles qui s'opposent au bien-être a ses difficultés mais offre une perspective claire de progrès. Il n'est pas si clair déjà en ce qui concerne les conditions psychologiques qui provoquent ce que nous pouvons appeler la "pauvreté invisible et intérieure" de l'homme. Cela est un grand objectif pour la psychiatrie de l'avenir, pour une grande Psychiatrie de la communauté. Le monde de nos malades nous enseigne beaucoup sur les perturbations des relations humaines qu'engendrent cette pauvreté invisible et, par conséquence, cet enseignement doit être exploité pour le bien de la communauté.

Ce qui est évident est que les systèmes sociaux forment une structure formelle et que l'ordre de la culture est un deuxième organe vis à vis à l'ordre naturel, pas moins important que celui-là. L'adaptation à l'ordre culturel, l'avancement des sociétés du stade tribal au stade civilisé est complexe. Mais ces mêmes phénomènes nous les avons dans la transition entre les diverses subcultures qui

s'inscrivent dans l'intérieur de quelconque société civilisée. Les problèmes de l'adolescence, des perversions sexuelles, de l'addiction ou de la toxicomanie sont liés à ces heurts et inadaptations qui s'ouvrent entre les trames culturelles diverses qui constituent le monde dans lequel nous vivons. La psychiatrie comme science se trouve, par conséquence, forcé de vivre entre des perspectives distinctes qui dépendent du moyen culturel et humain dans lequel elle se développe. Les formes d'assistance et de psychothérapie varient extraordinairement d'une région culturelle à l'autre, quoique la psychopharmacologie soit la même. La vieillesse, par exemple, comme il était manifesté dans le Symposium de Londres organisé par l'Association Mondiale de Psychiatrie, a des bases biologiques communes, mais crée des problèmes d'assistance différents dans les divers pays.

Cette interdépendance très stricte entre l'homme et les moyens culturels est ce qui convertit la définition de la maladie mentale à la grande aporie de la psychiatrie (aussi la médecine somatique a ses difficultés). Il peut aussi arriver que l'aporie soit difficilement surmontable. Cela ne fait rien. Cette insurmontabilité démontre que la psychiatrie est si humaine qu'elle ne peut pas se soumettre totalement à aucune ordonnance catégoriquement scientifique. Cela arrive aussi à la médecine "en mouvement", c'est-à-dire, à la pratique médicale. Le progrès de la médecine, comme science, doit aller de pair avec une connaissance, la plus vaste possible, des structures profondes de la maladie qui ne sont pas uniquement biologiques mais aussi personnelles et culturelles. Les modes des maladies changent le style au long de l'histoire, comme je l'ai dit auparavant et ce changement est plus manifeste encore quand il y a moins de gravitation biologique dans le cadre clinique. Autour de la racine des symptômes le malade collabore créant des mythes: cela est manifeste dans les névroses et dans les psychoses. Le psychiatre doit connaître ce fait, mais jamais oublier que le malade est une réalité et non pas un personnage mystique. La maladie mentale est un événement humain de dimensions multiples dans ses manifestations et dans sa genèse. N'importe quel progrès qui a lieu dans sa connaissance est un progrès dans la connaissance de ce continent où reste encore tant de "terra incognita", qu'est l'homme.

Mesdames, Messieurs: Les névroses et les psychoses sont des mythes individuels. Les Peuples ont leurs mythes. Nous, les Espagnols, avons le nôtre dans ce personnage singulier, Don Quichotte de la Manche, qui n'a vécu qu'une existence littéraire, mais qui, en réalité, forme part dans la texture personnelle de tout ce qu'est espagnol. Don Quichotte était un noble de la Manche, pauvre dans ses biens matériels, riche dans ses idéales et son ferveur de se battre pour eux. Avec son cerveau perdu il transfigurait la réalité, comme dans le cas de Dulcinea, si admirablement symbolisée dans les timbres commémoratifs de ce IV Congrès. Don Quichotte, on a couvert sa personne avec des diagnostics psychiatriques, quelques uns ont parlé de paranoïa, d'autres de schizophrénie, etc. Mais "lui", il s'est maintenu rebelle face à quelconque étiquette nosologique. Il y a quelque chose dans Don Quichotte que j'aimerais souligner. Il était fou, mais en même temps sensé. Je ne me refièrè pas au fait qu'il retrouve sa raison quand il meurt, mais qu'il était, quoique pleinement fou, prodigieusement sensé. Voilà le génie de Cervantes! Il ne s'agit pas tellement du fait que Don Quichotte fût fou et Sancho sensé, que l'un fût leptosomatique et l'autre pycnique, mais que dans chacun d'eux il y avait de la folie et du bon sens, quoiqu'en doses et modes inégales. C'est cela qu'intéresse le psychiatre, cela ce que le psychiatre voit: la vie ensemble, le dialogue entre le bon sens et la folie, entre la raison et le non-sens, entre les lumières de la raison et les fantômes de la non-raison. Il n'existe pas le fou absolu. Il n'existe pas l'homme sensé absolu. Ainsi est l'homme qui fait de la vie une aventure ouverte entre le monde de la réalité et celui de la possibilité. Pour cela il avance, pour cela l'homme est capable de faire histoire.

Vous êtes sur la terre de Don Quichotte. Ce lieu de la Manche où il vivait n'est pas loin d'ici. A travers de mes mots, c'est lui qui vous offre la bienvenue. Que

vos études et vos investigations, que vos dialogues et trouvailles aident ce monde à parvenir au stade où cette co-existence entre la folie et le bon sens soit de plus en plus un dialogue de paix, au lieu d'une explosion monstrueuse d'angoisse et d'incompréhension. Si nous comprenons mieux les malades, aussi les êtres sains se comprendront mieux. Bienvenu à tous sur la terre de Don Quichotte!

En consecuencia, el Ayuntamiento de Madrid, en uso de sus atribuciones, acuerda lo siguiente:

1.º Autorizar al Sr. D. [Nombre], en su calidad de [Cargo], para que represente al Ayuntamiento de Madrid en el [Evento], celebrado en [Lugar] el día [Fecha].

2.º Autorizar al Sr. D. [Nombre] para que celebre en nombre del Ayuntamiento de Madrid, en el [Lugar] el día [Fecha], una reunión con el Sr. D. [Nombre], con el fin de [Objetivo].

3.º Autorizar al Sr. D. [Nombre] para que celebre en nombre del Ayuntamiento de Madrid, en el [Lugar] el día [Fecha], una reunión con el Sr. D. [Nombre], con el fin de [Objetivo].

En consecuencia, el Ayuntamiento de Madrid, en uso de sus atribuciones, acuerda lo siguiente:

1.º Autorizar al Sr. D. [Nombre], en su calidad de [Cargo], para que represente al Ayuntamiento de Madrid en el [Evento], celebrado en [Lugar] el día [Fecha].

2.º Autorizar al Sr. D. [Nombre] para que celebre en nombre del Ayuntamiento de Madrid, en el [Lugar] el día [Fecha], una reunión con el Sr. D. [Nombre], con el fin de [Objetivo].

3.º Autorizar al Sr. D. [Nombre] para que celebre en nombre del Ayuntamiento de Madrid, en el [Lugar] el día [Fecha], una reunión con el Sr. D. [Nombre], con el fin de [Objetivo].

En consecuencia, el Ayuntamiento de Madrid, en uso de sus atribuciones, acuerda lo siguiente:

1.º Autorizar al Sr. D. [Nombre], en su calidad de [Cargo], para que represente al Ayuntamiento de Madrid en el [Evento], celebrado en [Lugar] el día [Fecha].

2.º Autorizar al Sr. D. [Nombre] para que celebre en nombre del Ayuntamiento de Madrid, en el [Lugar] el día [Fecha], una reunión con el Sr. D. [Nombre], con el fin de [Objetivo].

3.º Autorizar al Sr. D. [Nombre] para que celebre en nombre del Ayuntamiento de Madrid, en el [Lugar] el día [Fecha], una reunión con el Sr. D. [Nombre], con el fin de [Objetivo].

En consecuencia, el Ayuntamiento de Madrid, en uso de sus atribuciones, acuerda lo siguiente:

1.º Autorizar al Sr. D. [Nombre], en su calidad de [Cargo], para que represente al Ayuntamiento de Madrid en el [Evento], celebrado en [Lugar] el día [Fecha].

2.º Autorizar al Sr. D. [Nombre] para que celebre en nombre del Ayuntamiento de Madrid, en el [Lugar] el día [Fecha], una reunión con el Sr. D. [Nombre], con el fin de [Objetivo].

3.º Autorizar al Sr. D. [Nombre] para que celebre en nombre del Ayuntamiento de Madrid, en el [Lugar] el día [Fecha], una reunión con el Sr. D. [Nombre], con el fin de [Objetivo].

Psicofármacos

Geigy

Tofranil[®]

el primero de los timolépticos
inigualado en su efecto antidepresivo

Insidón[®]
(Nisidana[®])

timoléptico suave con propiedades sedantes

Pertofrán[®]

timoléptico de acción rápida
para la activación psicomotriz

Tegretol[®]

antiepiléptico de acción psicotropa
antiálgico en la neuralgia esencial del trigémino

Psicofarmacos

Geigy

Metabol

El primer de los fármacos
introducidos en el mercado

Metabol

Metabol es un fármaco
que se utiliza para el tratamiento

Perforan

Metabol es un fármaco
que se utiliza para el tratamiento

Metabol

Metabol es un fármaco
que se utiliza para el tratamiento