

QUADERNS
FUNDACIÓ JOAN MARAGALL



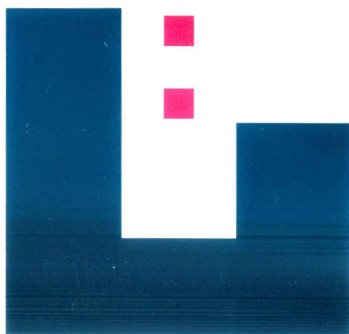
El malestar en les societats del benestar

JORDI FONT I RODON



(46)

1999



Q U A D E R N S
FUNDACIÓ JOAN MARAGALL



El malestar en les

societats del benestar

JORDI FONT I RODON



FUNDACIÓ JOAN MARAGALL
CRISTIANISME I CULTURA
C/ València, 244, 2n.
08007 BARCELONA

Editorial Claret

Jordi Font i Rodon (Tarragona, 1924) és llicenciat en filosofia i teologia, i doctor en medicina i cirurgia (especialista en psiquiatria). Ha estat professor de psicopatologia general a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona (1964-1982) i director del Departament de Psiquiatria de l'Hospital Sant Pere Claver de Barcelona (1965-1987). Actualment és president de la junta directiva de la Fundació Vidal i Barraquer, on també ensenya i fa assistència clínica. Ha publicat prop de setanta títols, l'últim dels quals és *Religió, psicopatologia i salut mental* (1999).

Advertiment. El text que presentem a continuació correspon a la ponència principal d'una jornada de reflexió interna de la Fundació Joan Maragall que, amb el títol «El malestar de les societats del benestar», tingué lloc a Barcelona el 27 de febrer de 1999.

Edició: Marc Dueñas

Primera edició: novembre de 1999

Editorial Claret, S.A.
Roger de Llúria, 5 – 08010 Barcelona
Imprès a Edim
Badajoz, 145-147 – 08018 Barcelona
ISBN: 84-8297-392-4
Dipòsit Legal: B. 46.679-1999

ÍNDEX

Introducció	3
1. Benestar, malaltia i salut	4
2. Malestar, dolor i sofriment	7
3. Interaccions entre malestar personal i social	10
4. Factors psico-socials que poden crear malestar	12
5. Psicopatologia de la societat actual	15
6. Algunes psicopatologies actuals	19
7. Indicadors de salut mental i benésser	33
Bibliografia	35

INTRODUCCIÓ

Quan em van convidar a abordar la qüestió d'«el malestar en l'estat del benestar» des d'un enfocament mèdico-psicològic, vaig estar rumiant si havia d'acceptar la proposta. Tot i que l'encàrrec em va atreure molt, no sabia com encetar un tema tan plural. A més, entre la perspectiva mèdico-psicològica i la social hi havia el pont de l'aproximació psico-social, en la qual no sóc cap expert. Tot donant-hi voltes, vaig pensar en alguns dels focus de malestar en la nostra *societat*: la incertesa que creen la inestabilitat laboral i la inestabilitat en la parella; la dificultat de sentir-se un mateix com a persona diferenciada enfront de l'homogeneïtzació generalitzada; la inseguretat que provoquen unes relacions personals fràgils i fugisseres; la permanent insatisfacció que crea la «cultura del desig»: cal canalitzar la satisfacció voraç dels desigs a través del consum de més i més productes; la creixent extensió de l'hàbit d'«usar i llençar» en l'àmbit de les relacions humanes, que suposa cosificar les persones, etcètera.

D'altra banda, fixant la meua atenció en l'*individu*, vaig pensar en la gran diversitat dels camins personals: hi haurà qui podrà i sabrà enfrontar-se a les dificultats, anirà bastint una personalitat amb capacitat de seguir un creixement emocional i cognitiu prou harmònic, i acabarà assolint la seva pròpia identitat. Però també hi haurà qui no podrà fer front a les dificultats, caurà malalt i necessitarà ser atès. En aquesta situació, algunes persones se'n sortiran i seguiran endavant, però n'hi haurà d'altres que posaran en joc uns mecanismes de defensa compensatoris (inconscients), que els permetrà de no «adonar-se» gaire del trasbals que suposaria lluitar i sofrir per poder reeixir. Algunes d'aquestes persones poden acabar creant una mena de càpsula que les protegeix emocionalment i que els permet de lliscar superficialment per la vida amb una tranquil·litat aparent.

Per ordenar una mica aquests aspectes del malestar actual, he fet servir de punt de partença la hipòtesi que «hi ha un creixent malestar de fons en les societats de benestar de l'hemisferi nord». Per conèixer la validesa de la hipòtesi, abans que res ens cal confirmar l'existència d'aquest malestar i, si és el cas, analitzar les possibles causes que poden induir aquest malestar, com també els reptes que en deriven. I ho faré des d'un enfocament psicològic-mèdic ampli (una perspectiva psicològic-antropològica, podríem dir-ne),

cercant què fa trontollar la persona, què ha de passar perquè es produeixi un malestar malaltís en una persona.¹ Així, m'ha semblat convenient de dividir el text en les parts següents:

1. Defineixo què entenc per benestar (salut) i malestar (malaltia) en les persones.
2. Descric algunes interaccions que es produeixen entre el malestar mental i el malestar corporal.
3. Especifico algunes interaccions que s'estableixen entre el malestar de la persona i el malestar de la societat.
4. Especifico alguns dels símptomes de malestar en les persones de les societats de benestar i els poso en relació amb els factors psico-socials que hom creu que contribueixen a crear malestar, tant en l'individu com en el grup social (la parella, la família i la societat).
5. Analitzo la psicopatologia de la societat actual, formulant algunes preguntes: hi ha un augment de psicopatologia?, han aparegut noves psicopatologies o bé les psicopatologies ja conegudes estan adoptant noves formes?
6. Tipifico algunes de les psicopatologies o trastorns psicològics més freqüents actualment com a representants del malestar psico-social: estats límit o *borderline*; organització narcisista de la personalitat; anorèxia mental i bulímia; diferents formes de depressió.
7. Proposo alguns indicadors del que podria ser la salut personal i social, base d'allò que anomeno «benésser».

Al final proposo unes breus conclusions, que pretenen de ser útils a l'hora d'encetar un debat sobre el tema.

I. BENESTAR, MALALTIA I SALUT

1.1. *Benestar o benésser?*

Què entenem per benestar? En la Conferència d'Alma Ata (1978), l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va aprovar una definició de salut en

1. Com a metge puc parlar del malestar clínic, tant somàtic com mental, de les persones de la nostra societat. En fer-ho, només parlo de les conseqüències patològiques que una determinada situació social produeix en una persona. És a dir, sols tracto del «vagó de la cua» del comboi: quan una persona pateix una determinada patologia és perquè no ha pogut resoldre tota una sèrie de condicionaments socials previs.

què aquesta era considerada «un estat de complet benestar (*well-being*) físic, mental i social i no merament l'absència de malaltia (*disease*) i defalliment (*infirmity*)»; d'aquesta manera va posar en circulació la paraula «benestar», que avui ens permet d'abordar el tema del malestar en aquelles societats que s'han dotat d'un estat del benestar més o menys desenvolupat.

En aquella època, als EUA, per exemple, gaudir de salut era gaudir de benestar: era el resultat d'estar ben «adaptat» a la societat. Adaptat a què? Els indicadors d'un bon grau d'adaptació podien ser, pertànyer a un club de beisbol, tenir televisió, fer vacances o disposar d'una assegurança de vida per una quantitat important de dòlars. Tot i que aquest comentari pugui semblar caricaturesc, sovint sembla que la recerca del benestar consisteix en una adaptació a les circumstàncies orientada a evitar riscos, a protegir-se del sofriment que sorgiria de la manca de control d'un risc determinat (ens protegim del risc d'accidents amb una pòlissa d'assegurances, ens protegim de la por de quedar-nos sense feina cercant contractes fixos, etcètera), com si el sofriment no pogués ser un camí cap a un major creixement i satisfacció de la persona. Alhora, però, també és freqüent de trobar qui cerca el risc en l'aventura, com fan els infants, per satisfer la necessitat de tenir un sofriment creatiu que apporti goig.

Què en pensem nosaltres del benestar? En 1976, a Perpinyà es va celebrar el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, on hi va haver una memorable ponència sobre la «Funció social de la medicina», coordinada per Jordi Gol. En el marc d'aquesta ponència es va proposar una definició de la salut² —tal com l'entendem en la nostra cultura tecnocientífica— que avui, després de més de vint anys, encara té vigència.³

Es deia aleshores, quasi com si fos un eslògan, que la salut era «la manera de viure autònoma, solidària i joiosa». En aquest treball també se suggeria que el mot «benestar» no expressava amb prou claredat allò que hom cerca per tal de gaudir de salut. El benestar es podria limitar a una adaptació incondicional per evitar el malestar, però que a la llarga podria convertir-se en un altre malestar. Per a nosaltres és millor dir que la salut respon a un «benésser» de la persona, un benésser que ateny tota la persona «sense minva per a aquesta de cap possibilitat humana fonamental de viure en ple-

2. Cf. J. FONT I RODON, «Definició de salut», a DD.AA., *Funció social de la medicina*, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpinyà), Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears - Societat Catalana de Biologia, 1976, p. 143-154.

3. En el 1r Congrés Català de la Salut Mental (celebrat a Barcelona el febrer de 1999) s'ha constituït una plataforma per anar revisant i actualitzant la definició d'allò que entenem per salut.

nitud». Al final d'aquestes ratlles ho exposaré amb més precisió en parlar dels indicadors de salut.

Hem partit de les definicions de salut de l'OMS i del congrés de Perpinyà per entendre les nocions de benestar i benésser. Tot seguit exposaré què entenem per malaltia i salut.

1.2. *Malaltia i salut*

La noció de malaltia no s'oposa a la de salut; malaltia no vol dir manca de salut. La salut expressa les capacitats vitals de la persona; la salut és la manera de viure d'una persona que tendeix a la plenitud. Hi pot haver malaltia en una persona que gaudeix de bona salut. Fins i tot hom pot provocar-se la malaltia per assolir més salut, com en el cas d'una vacunació. Hi pot haver una persona amb molt poca salut (poques capacitats vitals) i que no pateixi actualment cap malaltia. La malaltia ve a ser un accident vital. En aquest sentit la malaltia pot ocasionar un malestar incompatible amb el benestar però compatible amb la salut i el benésser.

La malaltia és quelcom «anormal», quelcom oposat a la normalitat? La malaltia és un *continuum* entre allò que, amb un criteri sòcio-cultural, s'anomenaria normal i anormal, en el benentès que el criteri de normalitat potser és vàlid en l'estadística social però no en la medicina de la persona.

Doncs bé, en la proposta que vam fer a Perpinyà va quedar ben clar que més enllà de la noció de benestar, s'hauria de parlar del «benésser», que no és una situació estàtica, sinó que es refereix a un dinamisme de creixement assolit mai del tot. El benésser es correspondria amb la noció de salut: «La salut és un estat de benésser...», a diferència de la malaltia, que no és un «ésser» malalt (malésser) sinó un «estar» malalt; és un accident, no una «manera de viure» pròpia de l'ésser.⁴

És interessant assenyalar que la «malaltia mental» ha estat objecte de valoracions molt diferents en el transcurs de la història. No cal remuntar-nos fins a la primitiva insània, quan els bojos eren considerats pecadors o malfactors i eren tancats a les presons. A partir dels anys seixanta, els moviments polítics de caire contracultural van arribar a la psiquiatria; només cal recordar l'anomenada antipsiquiatria, corrent teòrico-experimental encapçalat per Franco Basaglia a Itàlia i R.D. Laing al Regne Unit. Als EUA, Thomas Szasz, un dels seus precursors, va escriure l'obra *El mite de la malaltia mental* (1961), títol que ja ho diu tot.⁵ L'antipsiquiatria considerava que la malaltia mental no existia com a tal, sinó que era un producte de la societat i que, per tant,

4. Cf. J. FONT I RODON, «Definició de salut», *op. cit.*, p. 143ss.

5. Trad. castellana: *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 1982.

calia incidir en les circumstàncies d'aquells que havien estat etiquetats de «malalts mentals».

D'altra banda, allò que anomenem «malaltia mental» també ha rebut diferents valoracions en funció de les cultures dels diversos països. Per exemple, a Alemanya la «psicopatia» va ser detectada de seguida com a malaltia. A Espanya, en canvi, una conducta informal, no puntual, no metòdica, et-cètera, no és gaire excepcional.

2. MALESTAR , DOLOR I SOFRIMENT

2.1. *Definicions prèvies*

Segons el diccionari, «malestar» és: «1. Estat del qui se sent malament, d'aquell a qui no van bé les coses. 2. *pat*{ologia}. Indisposició, incomoditat general i imprecisa». ⁶ Etimològicament, «dolor» ve del llatí i es relaciona amb «dolent» i «dol», mentre que «sofrir» ve de *sufferre*, que vol dir «suportar, aguantar».

Quan hi ha un conflicte mental que no es resol, pot aparèixer un «dolor mental», que és un patiment psíquic (els maldecaps!), o un dolor corporal, que és un patiment corporal (el mal de cap).

Quant al «sofriment», el nostre punt de vista psico-antropològic es basa en un marc teòric que arrenca de la clínica psicopatològica i que permet d'enfocar l'aspecte creatiu del sofriment un cop assumit i incorporat positivament. En efecte, hi ha un moment en el desenvolupament primerenc de la persona humana en què es passa d'una situació primitiva i caòtica amb relacions parcials a una situació que permet d'establir relacions personals més satisfactòries i totals, si bé amb les limitacions que imposa la realitat, i aquest pas es fa necessàriament amb sofriment. El pas a la nova situació es fa mitjançant l'acceptació de pèrdues o renúncies frustrants, amb un sofriment més o menys dolorós que obre el pas a la capacitat de simbolitzar —psicològicament parlant— i, per tant, d'anar creixent envers una manera de ser adulta, creativa i satisfactòria per a un mateix i per als altres, és a dir a una situació de benésser i no sols de benestar.

Aquí usarem el terme «malestar» assignant-hi un significat convencional. El malestar, com a sentiment, l'entendem d'entrada com una recepció negativa del sofriment personal. Podríem admetre que el malestar personal entès així, quan és rebut negativament, obstaculitza de créixer en la

6. *Diccionari de la llengua catalana*, Barcelona, Enciclopèdia Catalana, 1994, p. 1222.

salut; però si s'accepta el sofriment (procés de dol), llavors el malestar desapareix. Considerat d'aquesta manera, el malestar és una situació destructiva.

Hem vist, doncs, que (a) el dolor mental és un senyal específic que indica que hi ha algun perjudici o dany i que cal reparar-lo; (b) el sofriment mental, el fet de suportar el dolor, pot esdevenir un component positiu dins el procés d'emmalaltir.⁷

Fins aquí ens hem referit al malestar personal. Abans de parlar del malestar psicològic i del malestar social, veurem el malestar en la relació ment-cos.

2.2. *Interaccions entre malestar (dolor) mental i malestar (dolor) corporal*

Reprenem aquí el vell problema antropològic que, per a la medicina psicològica d'avui, ocupa el primer pla: la realitat de la unitat de la persona, que fragmentem habitualment en la dicotomia «ment-cos» (i no ho fem solament amb una finalitat didàctica).

Com il·lustra la figura 1, allò que anomenem «interacció psico-bio-social» es refereix a una doble relació o interacció entre la ment, el cos i el medi:

Ment ⇔ cos ⇔ relacions socials

Figura 1.
Interacció psico-bio-social.

El malestar o sofriment que s'origina en la ment pot anar cap al cos, o a l'inrevés. I el malestar o dolor que neix al cos pot passar a les relacions socials, i a l'inrevés. Quan el malestar de la ment va cap al cos, aquesta circularitat pot provocar tres possibilitats:

- a) possibilitat neuròtica;
- b) possibilitat psicòtica;
- c) la malaltia psico-somàtica, pròpiament dita.

La figura 2, en canvi, mostra allò que la psicoanalista d'origen alemany Melanie Klein va descriure com a posició esquizoparanoide (ep) i posició depressiva (d), i el que en la pràctica clínica psiquiàtrica s'anomena estats psicòtics (P), estats neuròtics (N) i estats límit o *borderline* (B).

7. Cf. J. FONT I RODON - R. ARMENGOL, «Una concepción antropológica del dolor y del sufrimiento desde el psicoanálisis», dins A. DOU (comp.) *El dolor*. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 1992, p. 277-304.

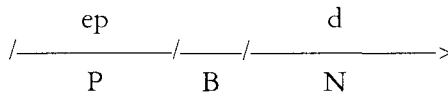


Figura 2.

El procés psicodinàmic (a dalt)
amb les patologies mentals que s'hi correlacionen.

- a) El neuròtic no arriba a perdre el contacte amb la realitat, però això és per a ell una font constant de sofriment mental. Si aquest sofriment mental és massa dolorós per poder ser suportat, aleshores és desplaçat cap al cos; així el cos és utilitzat com a pantalla viva del sofriment mental. Això és el que succeeix en el fenomen de la «conversió» histèrica: el malestar es carrega sobre el cos d'una manera simbòlica. La persona cerca inconscientment de rebre unes atencions afectives que li alleugin el seu malestar i, en aquest sentit, aquestes «conversions» suposen un guany secundari, encara que enganyós.
- b) El psicòtic, en canvi, viu una situació més primigènia, amb una major regressió del funcionament psíquic. El subjecte té dificultats a l'hora de diferenciar la seva realitat interna de la realitat exterior. El contacte amb la realitat és menor. Viu el malestar o sofriment mental com si fos corporal, i la seva repercussió en la ment no té el caire simbòlic que tenia en el neuròtic: si el malalt té obstruïda la seva capacitat de simbolitzar, també perd la capacitat de ser creatiu. Així succeeix en la hipocondria psicòtica, avui força abundant, que consisteix en organitzacions defensives inconscients per protegir-se de caure en una psicosi activa. El malestar «circula» des del conflicte mental —que el malalt ignora— envers un conflicte real amb el seu entorn: el treball, la família, la societat. De fet, l'entorn és qui pateix la projecció destructiva del malestar del malalt, mentre que aquest ha sofert en el seu cos sense que hi hagi hagut cap tipus de lesió orgànica ni funcional: el cos li serveix de plataforma de trànsit vers el seu entorn. La hipocondria psicòtica pot arribar a ser una malaltia definitiva incapacitant (en tornarem a parlar més endavant com una de les manifestacions del malestar actual).
- c) En la malaltia psico-somàtica, pròpiament dita, és on es fa més inexplicable i dificultosa la diferenciació ment-cos. El conflicte mental no és conegut per qui el pateix i s'expressa en forma de dolor i destructivitat en el propi cos, com si el cos substituís la funció mental: el malestar personal que arrenca del sofriment mental es pot manifestar només en dolor corporal. La persona no arriba a assabentar-se dels seus

sentiments dolorosos o conflictius: són els anomenats «analfabets emocionals»; els anglosaxons parlen d'«alexítimia» i els francesos de «pensament operatori».

3. INTERACCIONS ENTRE MALESTAR PERSONAL I SOCIAL

Entrem ara en un àmbit complex, el que hi ha entre la psicopatologia i la sociopatologia, entre el que és psíquic i el que és social. Entenem per «psíquic» allò que es produeix en el món intrapersonal del subjecte, i entenem per «social» qualsevol relació interpersonal, entre dos o més subjectes, que pot anar des de la relació de parella a la del grup familiar (microgrups, microxarxes) i en cercles concèntrics cada cop més amplis (macrogrups, macroxarxes) fins als diferents components de la trama social.

No es pot negar la complexitat de la realitat psico-social, però alhora cal remarcar la necessitat de comptar-hi. No sols en psiquiatria, també en la medicina d'avui —i encara més en la de l'esdevenidor immediat— cada vegada hi ha més indicis de la conveniència d'adoptar una perspectiva bio-psico-social (al nostre país encara es manté que l'única medicina científica és la biològica). No es podrà ser metge —però sí tècnic de la medicina— sense tenir en compte tota la persona amb el seu entorn immediat: parella, família, grup de referència del pacient.⁸

3.1. *Del factor social al psíquic i psico-somàtic*

Quina és la influència dels factors de caire social en els factors de caire psíquic i somàtic? En tota malaltia psicològica, i en general en tota malaltia, es cerca l'etiologia, la causa. Són poques les malalties en les quals es pot arribar a determinar un factor etiològic específic i únic. Fins i tot en les malalties infeccioses (com la tuberculosi, produïda pel bacil de Koch) els factors concomitants del pacient (sistema defensiu immunològic) i de l'entorn del pacient (com els cèlebres sanatoris residencials o el fet de tenir o no assegurances) juguen un paper determinant en el tractament curatiu.

En la major part de malalties s'ha de considerar la intervenció dels anomenats «esdeveniments vitals» com a factors desencadenants de la malaltia. Poden ser circumstàncies molt diverses: personals, familiars, laborals,

8. Cf. R.M. EPSTEIN, *The patient-physician relationship. Fundamentals of clinical practice*, Boston, Tufts University of Medicine, 1998, cap. 5.

etcètera. Malalties «orgàniques» greus que semblaven molt allunyades d'influències de tipus social o bé psicològic, com ara un càncer, són investigades seriosament en l'actualitat i hom hi descobreix factors psicògens i sociògens que poden jugar un paper important tant en el tractament com en l'aparició de la malaltia mateixa.

3.2. Com es produeix la interacció entre el social i el psico-somàtic

Un cop formulada la possible influència de l'àmbit social en la malaltia (fins i tot en la malaltia biològica) a través de la ment, ens resta preguntar-nos com es produeix aquesta interacció. Per comprendre-la, caldrà que ens aproximem a la relació entre el malestar de la societat i el de la persona.

Des del punt de vista psicoanalític, en la relació inicial entre els pares i l'infant (o, més exactament, entre la mare i l'infant) trobem la primera anella significativa de la interacció afectiva i efectiva interpersonal. Aquesta primera fase de la socialització afectiva i cognitiva o bé pot esdevenir una font de creixement en tots sentits, o bé pot esbiaixar-se cap a un trastorn psicopatològic de diversa índole. La socialització inicial amb la mare és compartida molt aviat pel pare i per les persones que tenen cura de l'infant.

Interacció mare-fill: interacció societat-persona? La mare, primera socialització, és capaç de «contenir» afectivament al fill? La mare configura el fill, li dona l'encunyació que l'infant tendre encara rep intensament. El fill, però, també influencia la seva mare (aquesta s'adapta fins i tot en la composició de la llet per al lactant!), tot i que hi ha infants esquerps biològicament, genèticament, que fan sortir de polleguera els pares...

Mare i fill s'interaccionen en les primeres relacions interpersonals que, segons el nostre parer, configuraran una matriu relacional inicial; amb el pas del temps aquesta matriu serà modificada i tots dos, mare i fill, arribaran a graus diversos de noves relacions. Ara bé, aquest procés inicial de relació interpersonal pot sofrir el que anomenem una *fixació* o bé una *regressió*. En la fixació es viuen situacions en què el subjecte s'organitza segons tendències pròpies d'altres fases de maduració del desenvolupament relacional, mentre que en la regressió s'adopten actituds, comportaments, o bé es tenen representacions mentals pròpies d'unes fases de maduració anteriors en el desenvolupament mental.

La interrogació que aquí ens fem —i que és clau per a la comprensió de la interacció social-psicològica— és si les influències externes tenen la capacitat de configurar en la persona adulta una fixació o una regressió (de manera semblant a com van influir en els moments inicials, caracteritzats per la seva gran plasticitat).

4. FACTORS PSICO-SOCIALS QUE PODEN CREAR MALESTAR

Quan parlem de factors psico-socials, ens referim d'una banda als factors socials observables en les nostres societats i, d'altra banda, a la simptomatologia personal dels individus que viuen en aquestes societats i, per tant, a la possible influència recíproca dels uns i altres.⁹

4.1. *Factors socials*

En els últims quatre o cinc anys, tant en revistes especialitzades d'Europa com de l'Amèrica del Nord, crida l'atenció l'abundància d'articles que fan referència a estudis que mostren una correlació entre trastorns mentals de conducta (o bé subjectius d'ansietat i depressió) i la influència del factor entorn o ambient, i no solament de factors anomenats endògens o genètics (al final d'aquestes ratlles, després de la bibliografia citada, hi ha una petita mostra d'aquests articles).

La gent va a veure el metge per queixar-se de malestar. Nosaltres havíem comprovat fa temps que, en l'assistència primària en salut mental, un bon nombre de consultants demanava ajut no tant per motius primàriament mentals o psiquiàtrics, com per conflictes originats en les més diverses situacions socials o familiars. En efecte, durant els anys 1982-1984 vam fer un estudi al Centre de Salut Mental (CSM) de Sant Andreu, gestionat per la Fundació Vidal i Barraquer, que va posar de manifest que les demandes de les persones que hi acudien, queixant-se de símptomes psíquics o somàtics, responien majoritàriament a desencadenants de tipus social.¹⁰

Aquest fet ja era descrit i fins i tot estandarditzat per fer-me el diagnòstic psicopatològic en els eixos IV i V de la classificació DSM-IV, com també del CIM-10.¹¹

9. Cf. J. ATXOTEGI et al., «Els desencadenants de la malaltia mental», a DD.AA., *El procés d'emmalaltir*, XII Congrés de Metges i Bèdlegs de Llengua Catalana (Castelló de la Plana - Benicàssim), Barcelona, Institut d'Estudis Catalans, 1984, p. 179-194. Vegeu també, en el mateix volum, P. BARBOSA et al., «Factors psico-socials i malaltia mental», p. 195-215.

10. Cf. P. BARBOSA et al., *op. cit.*

11. DSM-IV són les sigles de Diagnostic and Statistical Manual (Manual Diagnòstic i Estadístic), publicació elaborada per l'American Psychiatric Association i que es fa servir als EUA. El CIM-10, en canvi, és la Classificació Internacional de Malalties, elaborat per l'OMS i que es fa servir a tot el món. Les xifres que acompanyen les sigles indiquen el número de l'edició, que va canviant amb el temps, a mesura que es van obtenint més i millors dades sobre les malalties mentals.

Cal tenir en compte les dues variables:

- a) Uns factors psico-socials que són sentits com a lesius o que poden actuar de forma lesiva. És l'entorn que actua com a desencadenant, diagnòstic (o factor) psico-social.
- b) La predisposició del subjecte, ja sigui per factors genètics o bé adquirits en les seves relacions personals primerenques, és el factor clínic o diagnòstic psicopatològic.

Però, ¿de què es queixa la gent? En l'estudi del CSM de Sant Andreu citat més amunt, els noranta factors que contenia la llista psico-social van reduir-se a setze, que eren aquests:

- desocupació laboral;
- problemes paterno-filials;
- problemes de parella;
- immigració;
- inadaptació ocupacional o laboral;
- problemes de salut en la família;
- circumstàncies educacionals insatisfactòries;
- seqüeles de malalties físiques greus (p.e., d'intents de suïcidi);
- inadaptació social;
- canvis de components en la família;
- pèrdua de persones amb estreta vinculació;
- hàbitat inadequat;
- viure sol sense una atenció adequada;
- ruptura de relació personal;
- ruptura en la família;
- canvis, pèrdues o reformes importants a la casa.

En un estudi realitzat a l'Hospital Sant Pere Claver, també en els anys 1982-1984, vam investigar els desencadenants psico-socials de la malaltia mental, tal com eren vistos pel terapeuta, d'una banda, i pel pacient, de l'altra. La forma d'afectar-los no sempre era la mateixa: els conflictes laborals i escolars eren considerats més influents en el trastorn mental per part del pacient que no pas per part del terapeuta.¹²

Fins aquí hem volgut mostrar que hi ha una influència dels desencadenants psico-socials dits vitals (en alemany *Lebensereignisse*, o «esdeveniments vitals») en la patologia mental. Els sociòlegs, per la seva banda, accentuen la importància d'alguns factors, tot i que no estic gaire convençut que

12. Cf. J. ATXOTEGI et al., «Els desencadenants de la malaltia mental», *op. cit.*

siguin aquests —i només aquests— els factors psico-socials més significatius:

- Cultura de l'oblit: fer servir per a un sol ús, no metabolització d'allò que s'ha incorporat, no hi ha temps (*zapping*).
- Cultura del buit, solitud, indiferència als estímuls aliens.
- Cultura del desig il·limitat: tot és possible per a tothom.
- Cultura de l'homologació: sexe únic, pensament únic, manca de diferenciació entre els individus.
- Cultura de la competitivitat, de l'enveja: no hi ha lloc per a tots.
- Cultura de l'estrès, activitat excessiva, amb presses (*fast-food*).

4.2. Factors psicològics personals

Passem ara a analitzar els factors psicològics (síntomes o trastorns mentals) a través dels quals es manifesta el malestar de les persones en les societats del benestar.

- a) Síntomes o trastorns mentals en les persones:
 - *Manca d'identitat* personal: del sentit del viure
 - *Dificultats per diferenciar-se*.
 - Inseguretat, *manca de certeses*.
 - Desigs insaciables: *avidesa excessiva* del que encara no es té, neguit i *insatisfacció*.
 - *Immediatesa i rapidesa* de cara a la possessió dels objectes i *totalització* d'allò que es vol posseir: «tot i de seguida» (procés primari; estadis inicials de desenvolupament).
 - *Egocentrisme, narcisisme, individualisme, competitivitat*.
 - *Trets perversos de la personalitat: enganyos mentals*.
 - *Tendències addictives*.
- b) Síntomes o trastorns mentals en la parella i la família:
 - Afebliment o trencament dels vincles (crisi del vincle) interpersonals, de parella i familiar. Nous tipus de col·lusions de parella.
 - Manca de referents grupals familiars. Pèrdua de valor del grup primari i augment de valoració dels grups secundaris.

Quina interacció es podria donar entre els factors socials i els personals? En el món actual s'estan produint grans canvis, sobretot de tipus antropològic i cultural, malgrat que es tracta de canvis lents, com bé saben els biòlegs. Aquests canvis resulten de la interacció de les vivències adquirides per l'experiència i el propi codi genètic. Les «estructures mentals» dels membres d'una societat responen, d'alguna manera, a la interacció i evolució d'aquests

factors. I en les societats del benestar comencen a ser habituals certs fenòmens socials que obren interrogants sobre com poden influir en la configuració de l'estructuració mental de les persones d'aquestes societats. Per exemple:

- El predomini de la formació en coneixements tècnics i en informàtica en relació als sabers de tipus humanístic. En informàtica, qüestió que ja ha estat estudiada, predomina l'exercitació dels coneixements visuals cognitius, que poden tenir un notable increment, però hi manca l'ensenyança i el creixement en relacions personals afectives.
- La facilitat d'entrar en relació a distància amb altres persones a través d'Internet, amb una comunicació que pot adoptar un caire «voyeurista»: si no hi ha un compromís relacional emocional, no s'assumeix el risc que comporta el lligam del cara a cara personal.

Caldrà veure, en aquestes noves situacions, com podrem saber que es va per bon camí, és a dir, pel camí de prioritzar el benésser per sobre del benestar.

5. PSICOPATOLOGIA DE LA SOCIETAT ACTUAL

Després del que hem dit en els apartats anteriors, ara podem formular-nos les preguntes següents: en les societats actuals del benestar s'ha produït un augment de la psicopatologia? Han aparegut noves psicopatologies? Les psicopatologies ja conegudes s'estan presentant sota formes diferents?

5.1. *Augment de psicopatologia?*

Des del punt de vista psicològic podríem intentar detectar si hi ha un augment relatiu de psicopatologia respecte altres èpoques i altres cultures. El que no podríem fer és determinar —amb un rigor científicament vàlid— si l'augment de psicopatologia ha estat causat per un augment del malestar de la societat o a l'inrevés.

Hauríem pogut recórrer de manera primordial a estudis epidemiològics psiquiàtrics, però cal tenir en compte que aquests estudis no s'adeqüen a la realitat d'una manera prou fiable per conèixer la diferència de morbiditat entre abans i ara (és a dir, si ara hi ha més psicopatologia que abans), i això per algunes dificultats, que són aquestes:

- a) els diagnòstics psiquiàtrics de les darreres dècades han sofert modificacions, supressions o addicions que fan difícil d'establir termes de comparació precisos;
- b) actualment hi ha més oportunitats d'accedir a l'assistència psiquiàtrica;

- c) els diagnòstics psiquiàtrics es fan a partir de les persones que acudeixen a veure els professionals, però hi ha persones amb trastorns que no van a consultar. També es dona el cas de persones que van a consultar i el seu cas no queda registrat com a trastorn psiquiàtric;
- d) la cultura de cada país influeix a l'hora de fer els diagnòstics i les estadístiques.

A més, els problemes de l'epidemiologia psiquiàtrica es troben en la mateixa complexitat de les variables que intervenen en els processos que porten a emmalaltir. Per aquest motiu, cada vegada hi ha més interès en la mesura de la salut i de la malaltia mental (i en els instruments que permeten de fer aquesta mesura).

Així i tot hi ha el programa Epidemiologic Catchment Area (ECA), realitzat l'any 1980 en set grans ciutats nord-americanes, que investiga sobretot la prevenció (proporció entre les malalties) dels trastorns mentals.

Actualment, a casa nostra hom afirma que l'augment de patologies mentals té el seu origen en factors psico-socials: trencaments matrimonials, pèrdua del lloc de treball i excessiva pressa originada per l'entorn social, i això es manifesta en patologies de caire neuròtic més que no pas en patologies de caire psicòtic.¹³ Entre els trastorns neuròtics s'hi adscriuen l'estrès, l'anorèxia, les addiccions a l'ordinador, etcètera.

També en patologia somàtica és innegable que a Occident s'està produint un augment significatiu de la patologia cardiovascular, la qual com saben molt bé els cardiòlegs, té un component emocional fonamental.

La coneguda i abusivament tractada patologia depressiva pot ser una mostra de l'augment de la psicopatologia que afecta la població d'una manera massiva. Segurament, en el cas de la depressió, aquesta sensibilització és influïda per les campanyes promotores de fàrmacs antidepressius. Però l'episodi depressiu pot respondre a situacions molt diverses. Tornarem a les depressions més endavant, quan exposem algunes psicopatologies actuals.

5.2. Aparició de noves psicopatologies?

Un article recent parla de malalties modernes d'etiologia desconeguda però que hom sospita que tenen el seu origen en l'entorn social.¹⁴ En el cas que

13. Cf. L. RAJMIL et al., «Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya», *Gaceta Sanitaria*, núm. 12 (juliol-agost 1998) p. 153-159. Vegeu també, p.e., les declaracions del gerent del «Pla de Salut Mental» del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, *La Vanguardia*, 8.I.1999, p. 20.

14. Cf. M. NASTERLACK, «MCS, CFS, FMS, SBS und andere "moderne" Erkrankungen», *Versicherungsmedizin*, núm. 50 (juny 1998) p. 99-103.

aquestes malalties existissin, caldria veure si són motivades de manera comprovable pel malestar social. Nosaltres pensem que el que hi ha és una forma diferent —configurada per la cultura— de manifestar-se el patiment mental.

D'una banda, hi ha un millor diagnòstic d'algunes malalties que abans passaven desapercebudes perquè no eren prou conegudes (com la malaltia d'Alzheimer). Amb molta cautela vull esmentar una altra malaltia que no és nova però que presenta aspectes nous, tant per la seva freqüència aparentment creixent com pels aspectes encara desconeguts de la seva etiologia i per les seves greus conseqüències: em refereixo al càncer.

Hom pot preguntar-se quina relació pot tenir el càncer amb la psicopatologia... Doncs cal dir que la psicogènesi del càncer comença a ser avui un fet prou conegut: el factor psicològic és un dels factors que intervenen tant en la seva aparició com en el procés de curació del pacient. La patogènia del procés cancerós és un creixement atípic i destructiu d'unes cèl·lules en perjudici d'unes altres. De fet, hi ha una associació científica que treballa en el tractament de nens amb tumors cerebrals malignes, i una de les seves estratègies terapèutiques és dir als nens que a dins del cap hi tenen algú que se'ls vol «cruspir l'olla» i que ells han de lluitar per tal de guanyar-lo; i aquest «joc» els ajuda a millorar i eventualment els cura: és pura constatació empírica.

Ara bé, també podríem preguntar-nos quina és la relació existent entre l'augment de processos cancerosos i la situació de lluita sorda per sobreviure, o bé la situació de renúncia a viure quan la vida ha perdut el sentit...

5.3. *Noves formes de presentar-se les psicopatologies?*

Per tal d'il·lustrar les noves formes que adquireixen psicopatologies ja conegudes, abordarem el cas de les anorèxies dites mentals o nervioses, les quals tot i la seva massiva aparició actual (com és de domini públic), no constitueixen una malaltia nova.

Segons una opinió força estesa, i compartida per nosaltres, l'anorèxia és una malaltia complexa en la qual poden trobar-se diversos trastorns o dificultats: uns són de caràcter biològic i d'altres són familiars, culturals i psicopatològics personals. Nosaltres creiem que es tracta d'una nova forma sota la qual es presentaria la clàssica neurosi histèrica (la presència de la qual semblava haver minvat en els darrers cinquanta anys). Aquest canvi en la patològia de la histèria té el seu origen en una transformació de les condicions de l'entorn psico-social que condicionen l'aparició o no de la simptomatologia histèrica de manera determinant. Les anorèxies, com a fenomen relacionat amb l'entorn psico-social, afecten sobretot noies joves o adolescents, amb necessitats afectives i dificultats sexuals.

Doncs bé, actualment s'ha modificat, d'una banda, la simptomatologia histèrica clàssica, que és menys aparent. La simptomatologia histèrica és constituïda per mecanismes de defensa, inconscients, que faciliten a l'histèric el «benefici secundari» de convertir-se en el centre d'atenció i de provocar a l'altre —sobretot a les figures parentals— una relació ambivalent, de seducció i refús al mateix temps. D'altra banda, però, en la persona histèrica predominen, actualment, no tant les expressions simptomàtiques com les manifestacions del caràcter histèric, les quals, juntament amb els trets de caràcter narcisista, són ben cotitzades avui dia en el mercat de la comunicació. Ho veurem més endavant amb cert deteniment.

6. ALGUNES PSICOPATOLOGIES ACTUALS

En cada època històrica es pot reconèixer el tipus de conducta predominant i, correlativament, quines conductes s'aparten més d'aquest tipus predominant i socialment acceptat. Com a exemple només cal pensar en les tonalitats introspectives i filosòfiques (tendències esquizoïdes) de la conducta habitual de fa uns quants segles si les comparem amb l'actual conducta més extravertida. També era visible la tendència per part de l'autoritat —civil o eclesiaística— a exercir un rígid control sobre la conducta dels seus súbdits (tendències obsessives): són abundants les expressions d'aquest control en les normes morals, algunes de les quals encara perduren avui dia.

En aquest apartat tipificarem algunes de les psicopatologies que considero més pròpies del nostre temps i que, per tant, expressen de manera significativa el malestar en la societat actual. Així, tractarem de les persones que van a veure el metge perquè estan «malaltes», perquè pateixen alguna d'aquestes psicopatologies: els estats límit o *borderline*; l'organització narcisista de la personalitat; l'anorèxia mental i la bulímia, i diferents formes de depressió.

6.1. *Estats límit o borderline*

Es tracta d'una psicopatologia bàsica avui en la nostra societat. Segons la nostra opinió, l'estructura anomenada estat límit o *borderline* pot ser entesa, des del punt de vista psicodinàmic, com a base dels anomenats —des del punt de vista clínic— trastorns de la personalitat. Aquesta psicopatologia ha adquirit un cert predomini social i una certa acceptació implícita en les darreres dècades. En la pràctica clínica psiquiàtrica actual poden trobar-se trastorns de la personalitat en les proporcions següents:

- un 30-50% dels pacients ambulatoris;

- un 15% dels pacients hospitalaris;
- un 70-85% dels delinqüents;
- un 60-70% dels alcohòlics;
- un 90% dels drogaddictes.¹⁵

A continuació assenyalarem els trets comuns més freqüents dels trastorns de la personalitat, més enllà dels trets específics de les diverses estructures psicopatològiques:

- a) *Manca de relacions personals íntimes*. No hi ha amics a qui manifestar la pròpia intimitat. La pròpia intimitat, pre-conscient, no és coneguda ni pel subjecte mateix. Hi ha, en canvi, una bona relació amb animals de tota classe i, en general, amb les coses (les plantes i la natura, l'art). Té dificultats amb les relacions personals íntimes, no amb les relacions «extensives» (relacions quotidianes puntuals, en actes socials, etcètera).
- b) *Inestabilitat* a l'hora de mantenir els compromisos socials i les vinculacions personals. Canvi freqüent i de vegades inesperat d'ocupació, d'habitatge, de parella (pluridivorciat), de rol social.
- c) *Actuacions patològiques (acting out)*. És una característica predominant. No es resolen els conflictes mentalment, hom actua en lloc de pensar. Es projecta enfora el conflicte que no ha estat elaborat mentalment i que fa nosa dins d'un mateix: és una forma molt expressiva de projecció patològica. És just el contrari del que passa quan l'acció corporal és comunicativa, que serveix per expressar-se i alhora per comprendre millor allò que hom fa.
- d) *Afectivitat hipoestèsica o anestèsica*. La persona no se sent afectada per l'impacte dels esdeveniments negatius, les desgràcies físiques o morals, o fins i tot les catàstrofes. Fa una impressió de cinisme: li rellisquen els sentiments dels altres; i també els propis sentiments: si ha comès alguna acció que perjudica els altres, li manca el sentiment de culpabilitat.
- e) *Manca de valoracions ètiques*. Són els «amoral» de Lombroso: el subjecte no fa una diferenciació entre el bé i el mal; la dissociació massiva no permet l'ambivalència: bo i dolent esdevenen el mateix.
- f) *Relacions emocionals paradoxals*. Hi ha reaccions imprevisibles, descàrregues emocionals tumultuoses davant de fets externament no impactants. És la conducta contrària —i complementària— de l'anestèsia

15. Cf. K.A. PHILLIPS - M.D. GUNDERDSON, «Trastornos de la personalidad», a R.E. HALES et al., *Tratado de Psiquiatria*, Barcelona, Ancora, ²1996, p. 744.

emocional. És com si es destapés una olla a pressió i en sortís un raig de vapor furient, sense saber què l'ha destapat.

- g) *Hom no accepta d'assumir les responsabilitats socials últimes*. La persona rebutja d'ocupar el lloc de cap, de líder, en grups humans. Necessita algú en qui pugui trobar suport quan ho vulgui, tret que assenyalava una manca d'identitat personal.

Per dir-ho d'una manera simplificadora, el caracterial és com un infant gran i mal criat.

A continuació farem una descripció ràpida d'algunes nocions, tretes de la perspectiva psicoanalítica, que poden facilitar la comprensió d'una possible gènesi social dels trastorns del caràcter.

La franja *borderline* entre neurosi i psicosi, que ara descrivim, és una zona de transició de la posició esquizoparanoide a la depressiva (com hem vist en la figura 2): hi ha un *continuum* entre l'una i l'altra. Des del punt de vista psicodinàmic, la patologia *borderline* ve marcada per mecanismes de defensa (inconscients) que són fruit dels temors que provoca el fet d'haver de fer front al creixement psicològic. Tres d'aquests mecanismes defensius que protegeixen el subjecte de les pors primàries, són: la dissociació patològica, les identificacions projectiva i introjectiva patològiques, i l'organització narcisista de la personalitat. Per tal de ser breu, només els insinuaré a continuació:

- *Dissociació patològica*. Normalment, davant una situació confusa, la dissociació permet de fer fora d'un mateix allò que no es pot tolerar, amb la qual cosa es redueix l'ansietat i es facilita la metabolització gradual de la resta de la realitat. Però quan la dissociació és patològica perquè hi ha un excés d'ansietat, es perd aquesta possibilitat d'anar incorporant a poc a poc tota la realitat, i es perd també la possibilitat de diferenciar el que és bo del que és dolent. En la societat actual no és infreqüent detectar un dèficit o un excés de dissociació:
 - Dèficit de dissociació: quan hi ha por de fer una diferenciació entre aspectes bons i dolents, hi haurà un dèficit de dissociació i hom no podrà sortir de la confusió davant les ansietats.
 - Excés de dissociació: quan hi ha massa dissociació no es poden integrar els aspectes bons i els dolents en un mateix objecte; per exemple, l'individu no pot integrar una relació personal ambivalent, és a dir, una relació amb algú (l'objecte) que té aspectes positius i altres de negatius. Aleshores, davant la por de ser envaït, tendeix a establir relacions parcials.
- *Identificacions projectiva i introjectiva patològiques*. Tant la projecció com la introjecció poden ser sanes o patològiques. La projecció consisteix

a posar a fora —inconscientment— els continguts de les fantasies mentals, i pot alliberar una persona d'aspectes que són sentits com a dolents (com ara les pors persecutòries o el temor de ser maltractat). Però si la projecció és excessiva, juntament amb allò dolent, el subjecte pot buidar-se d'allò necessari per al propi aparell psíquic; així, si la projecció és massiva, pot comportar un debilitament del propi jo, una manca d'acceptació de les dificultats i les pèrdues.

L'introjecció, en canvi, és el mecanisme pel qual podem incorporar allò que anem aprenent. Però una introjecció massiva també pot debilitar el jo: no es poden assimilar tantes relacions bones, hom se sent desbordat i desprotegit (de manera anàloga, a la nostra societat, hi ha un excés d'informació que no es pot assimilar?).

Una ansietat molt intensa pot portar a una excessiva idealització de les bones relacions que el subjecte ha interioritzat. Aleshores el jo queda tan subordinat a aquesta relació idealitzada, que el propi jo forma una mena de «closca», per dir-ho així, que recobreix allò idealitzat, però sense arribar-ho a assimilar. D'aquesta manera no hi ha interacció entre el jo i la relació idealitzada. Per això si hom perd allò idealitzat, no passa res, perquè no estava assimilat. En unes altres paraules, no ha pogut passar a la posició depressiva en la qual el jo es fa càrrec d'allò assimilat i, quan ho perd, se'n dol.

- *Organització narcisista de la personalitat*. Aquest mecanisme defensiu el tractarem més endavant, en parlar del narcisisme (cf. 6.2.).

Quina relació tenen aquests mecanismes de defensa amb l'entorn social? Sembla que el fet que es reproduïxin unes determinades circumstàncies socials pot afavorir que l'adult revisqui el model psicopatològic que, en les primeres experiències infantils, es va anar estructurant defensivament segons aquests mecanismes de defensa caracterials.

Quan l'adult percep la situació ambiental com a incerta i no acollidora, pot tendir a no interessar-se pels altres, sinó per un mateix i prou, adoptant un capteniment egocèntric que esgota els dinamismes operatius en un mateix. Això genera insatisfacció en l'individu, que cada vegada ha d'obtenir més coses per satisfer-se (p.e., consumir més i més productes) i, en no quedar tampoc satisfet amb les noves adquisicions, aspira a tenir-ho «tot» (la constant incitació a comprar de la publicitat reforça aquesta cercle viciós consum-insatisfacció?). Com fan els infants en la fase del «procés primari», que només van a la recerca del plaer (el principi de plaer per sobre del principi de realitat) i que desitgen tenir-ho «tot», però només una estona: els infants agafen qualsevol objecte que els enlluerna i que els representa una nova experiència de plaer, però l'abandonen tot seguit per buscar-ne un altre (com

les peces de roba, que només es porten durant poc temps i tot seguit es llenquen?).

A més, això que hom creu que «necessita» ho ha d'assolir «de seguida», ara mateix, immediatament. No hi pot haver un temps intermedi d'espera, d'elaboració, per tal d'incorporar una situació nova que es presenta com a satisfactòria. És el segon aspecte del procés «primari»: a més del «tot» hi ha el «de seguida», ambdós són indicadors del trastorn de personalitat quan es dona en l'adult.

Aquest trastorn posa de manifest que la persona ha aturat la seva evolució, que ha fet una regressió vers una fase en la qual encara no havia superat la tolerància a la frustració, en la qual l'infant no havia fet el pas d'una situació autosatisfactòria vers una situació heterosatisfactòria. Aquest pas es fa mitjançant la renúncia a les pulsions primàries, de plaer, en favor dels desigs del «procés secundari» de la realitat. En aquest procés secundari la persona cerca d'assolir la realitat, tot consentint a dordre's d'allò que ha perdut o a què ha renunciat, i acceptant positivament el sofriment que suposa el fet de caminar vers la reparació o restauració creativa, que és el procés normal del creixement emocional i cognitiu.

Molt probablement, la manca de perspectives socials en la societat del benestar actual fomenta el desenvolupament d'estratègies de supervivència que prometen la salut física i psicològica; quan el futur es presenta amenaçador i incert, s'imposa la retirada sobre el present. De fet, és propi del caracterial «viure en la immediatesa» i perdre el sentit de la continuïtat històrica (el passat i el futur queden abolits).

A més, l'excés d'informació actual propicia que el receptor no pugui metabolitzar-la: la nostra escorça cerebral no està preparada per assimilar-la. Si no es poden metabolitzar, les informacions rebudes rellisquen i no són retingudes, com passaria a qui volgués seguir simultàniament vint canals de televisió. A força de ser sotmès a aquesta plètor de dades, el jo es converteix en un mirall buit: la imatge d'un mateix es perd i hom cau en una recerca interminable dins de la pròpia closca amb preguntes que no obtenen cap resposta. Aquesta reacció de l'individu té relació amb l'anomenada «cultura del buit»?; és a dir, massa informació i poc sediment que pugui ser incorporat pel cervell (especialment pel món emocional inconscient). Ens inclinem a pensar, doncs, que allò personal i allò social estan relacionats per un procés global que regeix el funcionament psicopatològic.

6.2. Organització narcisista de la personalitat

D'entrada veiem una suggerent proximitat entre el que és el nucli de la patologia narcisista i el que s'entén com a narcisisme social.

a) Aproximació psicològica al narcisisme

En les primeres fases del desenvolupament personal l'infant ha de passar d'una posició psicològicament difícil (esquizoparanoide), plena de terrors primaris, separacions, mancances, pors d'ésser agredit, de les quals es protegeix amb defenses diverses (negació de la realitat, idealització, identificació amb algú altre omnipotent), a una posició en la qual ha d'assumir la realitat tal com es presenta i fer front a les pèrdues i frustracions. Aquest pas no pot fer-se sense sofriment, però és la condició de possibilitat perquè arribi a establir relacions personals realistes i satisfactòries, i també perquè pugui ser capaç d'entrar en el procés de simbolització que li permeti de créixer mentalment i ser creatiu.

Doncs bé, per circumstàncies diverses pot ocórrer que aquest pas d'una posició a l'altra quedi dificultat o obstaculitzat. L'infant no té coratge per abandonar les defenses protectores que li evitaven de caure en els temors i el caos d'aquesta primera posició i poder saltar cap a la posició en la qual haurà d'enfrontar la difícil realitat, renunciant a les pulsions infantils plaents que li permetia la primera posició. Quan aquesta situació arriba a estructurar-se, ens trobem amb el nucli de l'organització narcisista. El jo es recobreix com d'una closca defensiva inconscient, invulnerable a qualsevol penetració frustrant; si s'esquerdés aquesta closca, sortiria a fora com un volcà tot el malestar insuportable o fins i tot la mort mental. Ha de viure sol, evitant el perill i el sofriment de tota relació profunda, vinculant, no el de la relació superficial, que no entra més enllà de la superfície de la closca protectora.

Per això el narcisista mira de protegir-se a si mateix i ignora l'altre, que podria ser font de conflictes. Un parell d'exemples d'aquesta actitud: uns anys després de la revolta del maig de 1968, un dels seus líders deia que procurava estimar-se prou a si mateix «per tal de no necessitar ningú per ésser feliç». O bé, com diu una frase encara avui molt estesa: «és problema teu i no meu».

Utilitzant termes psicodinàmics més precisos, *l'organització narcisista* seria la conseqüència, i alhora la causa, del conflicte o de la manca de relacions personals. Si la relació que s'ha interioritzat és molt idealitzada, no pot ser assimilada i aleshores és incorporada al propi jo. El subjecte no pot diferenciar allò idealitzat —que ha interioritzat— del propi jo. Es produeix així una identificació patològica: «l'ideal sóc jo mateix». Si hi hagués una separació entre l'objecte idealitzat i el jo, la dependència respecte de l'altre seria brutal, l'individu sentiria una enveja insuportable de l'altre i l'hauria de destruir. Si es nega la dependència s'evita l'enveja, però també s'evita la frustració i no s'arriba a la posició depressiva. El jo és estimat per tothom sense haver de donar res a canvi.

En resum, hem dit que el trastorn narcisista s'origina en protegir-se inconscientment per no sentir cap frustració, cosa que resultaria intolerable, car

seria la pròpia destrucció. Això es comprèn, perquè les defenses narcisistes eviten que la personalitat amb nuclis psicòtics s'ensorrin en el caos psicòtic. Per això la closca amb què es protegeix inconscientment el narcisista és una defensa que no es pot afluixar, fins i tot en un procés psicoanalític, si no és amb moltes precaucions.

En aquest aspecte, l'organització narcisista de la personalitat es diferencia del trastorn *borderline* o límit de la personalitat. En aquest hi ha moments baixos, frustrants, en els quals la persona es deprimeix o també pot passar per moments en què reacciona davant la por de ser perjudicada amb una «actuació» (*acting out*) compulsiva patològica, no controlada. El narcisista no: es manté sempre en una estabilitat protectora aparent. D'entrada nega —inconscientment— qualsevol esquerda que el pogués deprimir.

b) Aspectes socials de l'organització narcisista

S'ha arribat a dir que l'aparició en l'escena social del neonarcisisme personal —nova forma de l'individualisme— ha provocat tota una mutació antropològica.¹⁶ És tracta d'un individualisme mancat dels valors socials i morals que encara contenia l'individualisme capitalista: el jo esdevé la preocupació central i única. Així l'esfera privada s'ha emancipat de qualsevol marc transcendent comú i queda exposada únicament al desig canviant de l'individu. Tot allò que sigui públic o social (és a dir, no individual), és considerat quelcom no propi i queda relegat i banalitzat.

Ara bé, no sols les institucions socials han estat buidades del seu contingut per tal de neutralitzar el perill que suposaria la frustració, també el propi jo s'ha «buidat de la seva pròpia identitat». L'atonía vers la dimensió social és el correlat d'un jo indiferent, apàtic. Així, si es manté en l'apatia, el subjecte no se sent afectat pels ritmes accelerats i frenètics de la societat contemporània.

Per al narcisista, la «solidaritat humana» té una alta valoració social, però solament és una aparença: enmig d'una assemblea solidària es pot trobar en completa solitud. La solidaritat és, en aquest cas, una racionalització defensiva, protectora del seu individualisme.

La tendència social a l'«homologació», a eliminar les diferències entre els individus, porta a la manca de límits o fronteres definibles, i això pot causar un trasbals psicològic en les persones que se senten amenaçades per la pèrdua de la seva identitat. De fet, en una societat massificada que tendeix a homologar els seus membres, ¿no és el narcisisme un intent de desmarcar-se

16. Cf. Gilles LIPOVETSKY, *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Barcelona, Anagrama, 1986, p. 50ss.

per satisfer la necessitat de sobreviure individualment?, i ¿no ho és també l'anorèxia mental, el símptoma estretament lligat al narcisisme?

En resum, les observacions de caire psico-social fetes fins aquí semblen indicar que l'organització narcisista es relaciona amb el propi plaer i el benestar individual. Aquesta tendència vers la individualització (protecció d'allò propi o «privat»), es podria exemplificar en conductes com la de tenir una cura extrema de la pròpia salut, preservar d'una manera malaltissa els propis interessos materials (contractar tot tipus d'assegurances), desfer-se de tot allò que pugui restar benestar (pretendre eliminar les depressions amb «pastilles de la felicitat»), cercar tot allò que pugui donar plaer (esperar les vacances com un recurs de salvació personal), no tenir ideals ni cap objectiu transcendent en la vida.

Correspon als sociòlegs comprovar la validesa d'aquestes afirmacions. A nosaltres ens pertoca d'analitzar si les personalitats narcisistes que ens trobem tenen relació amb l'ambient social i, si és així, procurar d'esbrinar quins factors les poden codeterminar psico-socialment.

6.3. Anorèxia mental i bulímia

Anorèxia i bulímia formen un conjunt sindròmic de psicopatologia que afecta els trastorns de l'oralitat. Avidesa i refús en la incorporació oral no sols d'aliments, sinó també en general d'objectes desitjats de manera impulsiva, infantil.

a) L'anorèxia

L'anorèxia és una psicopatologia que «està de moda». Malauradament el tractament s'aborda en molts casos de manera competent però parcial, en no fer-se càrrec de la totalitat del trastorn, que és eminentment psico-social i familiar; així es perden possibilitats curatives i, encara més, possibilitats reorientadores de la noia i de la família que en pateix les conseqüències.

He dit «noia» perquè, com és sabut, es tracta d'una patologia que afecta principalment noies o adolescents (de 12 a 18 anys o més). El percentatge d'homes afectats per les anorèxies pot variar segons els estudis, però hi ha acord en que és molt baix (habitualment inferior a un 10% del total dels casos).¹⁷ La simptomatologia específica de l'anorèxia —pèrdua de pes i amenorrea— sol anar acompanyada d'hiperactivitat, vòmits i ús de laxants. La configuració malaltissa de l'anorèxia és complexa. Hi ha diferents tipus de

17. Segons K.A. Halmi, per exemple, només un 4-6 % de les anorèxies afecten els homes. Cf. K.A. HALMI, «Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases», *Psychosomatic Medicine*, núm. 36 (1974) p. 18-26.

situació anorèxica. Des d'un episodi transitori d'aprimament extremat per tenir més bon aspecte, fins a situacions encronitzades que afecten la personalitat transformant-la parcialment.

Com hem assenyalat abans (cf. 5.3.), és una opinió bastant estesa que l'anorèxia és un trastorn clínicament proper a la patologia histèrica, una forma de presentació patoplàstica actual, i també a una estructura de personalitat *borderline*. Des del punt de vista psicoanalític es distingeixen dues modalitats d'anorèxia:

- la que té el seu origen en una organització narcisista (trastorn pre-genital), la qual, segons la gravetat del procés, pot fer aparèixer un possible fons psicòtic latent; en cas que arribi a manifestar-se, aquest fons psicòtic pot portar a situacions de gravetat extrema, amb un final de mort per caquèxia;¹⁸
- la que té el seu origen en un conflicte de tipus edípic mal resolt, que és un trastorn de tipus neuròtic menys greu.

Allò que més ens interessa aquí de l'anorèxia és el fet que sigui el clar exponent d'una patologia psico-social. En efecte, en l'anorèxia podem distingir el que és una predisposició biològica, o una predisposició psicològica estructural de la persona anorèxica (conflicte edípic o genital, i conflicte psicòtic pre-genital), del que és la psicogènesi familiar (especialment l'ascendència materna) i del que és la influència de la pressió de l'entorn social com a desencadenant de la malaltia (la moda de l'estilització i la publicitat en el sentit que aprimar-se representa felicitat, fer amics, etcètera).

Però el resultat és un quadre ben perfilat. Creiem que en les varietats anorèxiques pot trobar-s'hi un denominador comú. A més dels trets ja esmentats (no menjar o fer-ho d'amagat, amenorrea, hiperactivitat i enganys), podem afegir aquests altres:

- Són persones fàcilment influenciables i suggestionables (trets histeroïdes), són joves (pensem en les concentracions de multituds entregades als seus líders), amb una identitat personal poc definida i una sexualitat immadura, no encarrilada. L'ambient que actualment envolta les anorèxiques també és indiferenciat, i per poder surar i ser algú, cal ser competitiu. A més, el sentiment que tenen és que hom demana molt per poder sobresortir, i això es relaciona amb el fet de

18. Un estudi dirigit per K.A. Halmi mostra que un 6% dels casos d'anorèxia acaben en mort per caquèxia al cap de deu anys, i un 18%, al cap de trenta. Cf. K.A. HALMI et al., «Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa», *Arch. Gen. Psych.*, núm. 48 (1991) p. 712-718.

que siguin persones hiperactives o que s'hi transformin. Voldrien arribar a ser les primeres i ho intenten mitjançant la hiperactivitat i procurant d'aconseguir una silueta modèlica i envejable.

- Si se'ls desvetllen sentiments d'enveja i no sols de competitivitat envers els altres, poden arribar fins a l'autodestrucció en lloc de voler la destrucció envejosa de l'altre.
- La línia familiar ascendent femenina (mare, àvia...) sol estar implicada en aquesta patologia. La persona ha viscut una situació de rivalitat ja en les seves vivències més antigues. La relació amb la mare o l'àvia és de molta dependència (identificació) i alhora d'una gran rivalitat (atacs).

Per això les formes de tractament de les anorèxies són complexes: a més del tractament somàtic i el control atent de la medicació, cal oferir una atenció psicoterapèutica personalitzada, entrevistes amb el grup familiar (com a generador i també com a objecte de projecció del malestar), i ajudar al creixement de la salut mental, del benésser de la persona, i no tant del benestar.

b) La bulímia

Les *bulímies* apareixen com a entitat diagnòstica en 1980 (en el DSM-III). És una entitat amb patologia compartida amb l'anorèxia, malgrat que en general apareix en edats més tardanes. També és més freqüent en les dones.¹⁹ Es manifesta per la tendència impulsiva a menjar o a «picar», i per la preocupació pel control del pes corporal. De vegades, en sortir d'una anorèxia, apareix una bulímia. Fins i tot poden coexistir.

6.4. *Diferents formes de depressió*

En tractar de l'augment de la psicopatologia en la societat actual (cf. 5.1.), vèiem que les anomenades depressions (les «depres») formen part del consum social habitual. Dic consum perquè l'oferiment en el mercat d'un psicofàrmac antidepressiu comercialitzat per un gran laboratori com a panacea del segle —per obtenir la felicitat i eradicar les depressions— ha contribuït segurament a desvetllar falses expectatives en el sentit que la tristesa, en estar sota control farmacològic, és totalment erradicable.

D'entrada cal dir que hi ha la depressió (o símptomes depressius) saludable, normal, en la qual pot ser adscrita l'anomenada «nit fosca de l'ànima».

19. D'acord amb un estudi recent, només el 10-15% de bulímies es donen en homes. Cf. K.A. HALMI, «Trastornos de la conducta alimentaria», dins R.E. HALES et al., *Tratado de Psiquiatria*, Barcelona, Ancora, 21996, p. 917.

Es produeix davant la renúncia de quelcom desitjable o estimat a favor de quelcom considerat de més vàlua, o bé de la mort o pèrdua d'un ésser molt estimat. En aquests casos es dona una reacció de tristesa, dol, inhibició, etcètera. Si aquest dol no té la complicació afegida d'una altra patologia, és un error intentar d'eliminar-lo amb medicació antidepressiva, ja que així s'exclou l'oportunitat d'elaborar el sofriment que acompanya el dol; aquest sofriment estimula la restauració de la ferida vital produïda per la pèrdua, com també la revivificació del creixement mental.

a) Abans d'abordar la simptomatologia manifestament depressiva, podem analitzar una altra que va en augment: les preocupacions davant el fet d'emmalaltir, és a dir, les hipocondries i les somatitzacions com a «equivalents depressius».

— La *hipocondria* no és una malaltia recent, al contrari, ja va ser estudiada per Hipòcrates, i Molière, en el segle XVII, va caricaturitzar en la seva obra *El malalt imaginari* una dolença que avui és força general (contràriament al que passa en temps de guerra o de mancances, com vam poder veure els qui teníem ús de raó durant la nostra guerra civil). La influència del factor psico-social és, doncs, ben manifesta. En temps de guerra o de misèria hi ha una mena de lluita contra l'enemic exterior, i en temps de benestar es produeix un desplaçament cap al propi cos, com si aquest fos dispositari de l'enemic a perseguir, hipocondries, somatitzacions lesionals o preocupacions sobre la possibilitat d'emmalaltir. És una mostra de la circularitat cos-ment (cf. 2.2.).

La simptomatologia hipocondríaca expressa en el cos allò que la ment no ha pogut elaborar, és a dir, la no-resolució de conflictes mentals que haurien seguit el seu curs amb l'elaboració del dol. Per això aquestes psicopatologies són considerades «equivalents depressius». Ara bé, hi pot haver hipocondries neuròtiques lleus i hipocondries psicòtiques força greus.²⁰ La hipocondria psicòtica pot tenir conseqüències socials, ja que l'hipocondríac greu pot atacar el seu cercle familiar, laboral i social.

L'ensorrament psicològic emocional és un altre factor personal molt relacionat amb la manca de lloc social de l'individu. És una manifestació pròpia del malestar del nostre temps, i els afectats són persones —tant grans com joves— que consideren la vida inútil

20. Cf. V. HERNÁNDEZ ESPINOSA - J. FONT I RODON, «La hipocondría», dins A. DOU (comp.) *Mente y cuerpo*, Bilbao, Mensajero, 1986, p. 235-238.

o sense sentir, que senten que sobren, que no interessin a ningú, que no tenen res a fer (manca d'objectius vitals) i, que, com a conseqüència, s'ensorren, cauen en una «depressió». És això una patologia «primària» o bé és resultat de sentir que el que hom fa no és necessari ni útil per als altres? Quan a aquestes persones hom els dóna quelcom per fer, creuen que és únicament «perquè s'entretinguin». Aquest ensorrament no sols pot afectar els jubilats i la gent en atur, sinó qualsevol persona.

- b) Vegem a continuació les *depressions* qualificades *psicopatològicament*. Sota la categorització de síndrome depressiva o de símptomes depressius s'hi aplega una gran varietat de manifestacions depressives i diferents tipus etiològics o almenys patogènics de depressions.

Les diferents varietats de depressions que hi ha en les classificacions psiquiàtriques actuals (CIM-10 i DSM-IV) s'agrupen segons uns criteris sobretot quantitius d'intensitat de la simptomatologia depressiva, dels seus períodes de durada i de les freqüències amb què es produeixen. Si hi apliquem un criteri qualitatiu psicogenètic, obtindrem una diferenciació més adequada a la realitat patològica i terapèutica. Seguint el model psicoanalític, que ja hem vist en apartats anteriors, diferenciarem els casos següents:

- Depressions *neuròtiques o reactives*, que es produeixen en situacions conflictives, externes i/o internes, que no han quedat resoltes o que són en vies d'elaboració. L'estructura psicopatològica sol ésser *neuròtica*, i en aquest cas l'evolució i el pronòstic, com també el tractament, ofereixen unes possibilitats favorables al restabliment de la persona. Són els tipus de depressions que es produeixen en els trastorns histèrics i, tal com hem vist, en aquelles anorèxies que són equivalents histèrics. En les anorèxies més greus, el tipus de depressió és fluctuant.

Els símptomes que corresponen a depressions «reactives» neuròtiques de caire histèric són: ansietat i irritabilitat, mal humor, inestabilitat emocional, segons les circumstàncies (sentides ara com a adverses, ara com a favorables), actituds provocadores d'auxili, cridant l'atenció amb pseudointents de suïcidi (com ara fer-se petits talls a les venes del polze) o amb intents més agosarats però prenent precaucions (prendre dosis altes de psicofàrmacs, tenint cura, però, que l'intent sigui descobert a temps).

- Depressions *fluctuants*. L'individu no tolera la frustració. L'estructura de la personalitat correspon a una *organització narcisista*. La depressió sol presentar un caire «fluctuant»: hi ha freqüents os-

cil·lacions en l'estat d'ànim, recerca de satisfaccions egocèntriques que produeixen tristesa i inhibicions en no poder suportar les frustracions que aquelles generen. Són persones que ni s'acaben de deprimir en profunditat, ni surten de la depressió mitjançant un procés de dol i reparació.

Les depressions *fluctuants narcisistes* presenten sovint símptomes de fatiga, esgotament, impotència: no poder continuar treballant o estudiant, incapacitat de suportar el pes de l'existència i por de la pròpia integritat psíquica o física. El subjecte acusa els altres de no escoltar-lo, de fallar-li: depèn dels altres de cara a la millora o l'empitjorament de la depressió. És possible que la vulgarització que s'ha fet de la frase: «té la "depre"» estigui relacionada amb aquesta mena de situació depressiva, que té la seva base en la intolerància a la frustració.

Depressions *greus o malenconioses*. Si el trastorn psicològic és sever poden aparèixer els nuclis psicòtics latents i sorgir una depressió malenconiosa, que correspon a trastorns de fases conflictives inicials de la personalitat. La depressió és profunda i fins pot arribar a produir la mort o el suïcidi. A diferència de la «nit fosca» de l'ànima, ací no resta cap espurna d'esperança de recuperar l'objecte perdut o destruït, sinó que dominen la tristor profunda, la foscor absoluta, el buit total, sense cap mena d'esperança: no hi ha cap futur possible, sols malestar. L'ajut personal és refusat, incloent-hi la medicació, que no és ben acceptada. Es produeixen ansietats de culpa persecutòria i hom sent que està irremeiablement perdut enfront del sentiment intern d'anihilació, de ser destruït sense cap sortida possible. Hi ha una inhibició de pensament i de l'activitat que pot arribar a manifestar-se en una passivitat total. Hom opta per quedar-se al llit, tancar-se a la cambra, sense menjar, ni dormir, ni desitjar cap tipus de relació; és com una mort mental, una anticipació de la mort real.

Al subjecte no sols li manca el desig de viure, sinó que té desigs autodestructius, sent l'impuls de treure's la vida ell mateix. El suïcidi pot venir precisament en el moment en què s'inicia un procés de millora, i la persona se sent amb més capacitat per portar a terme l'acció suïcida.

Cal recordar que les depressions malenconioses, en la nosologia psiquiàtrica actual, serien anomenades «depressions majors», i que, si es repeteixen només amb depressió, serien anomenades «monopolars»; si s'alternen amb fases maníacques, aleshores es trac-

taria de trastorns «bipolars». Abans també hem descrit les hipcondries psicòtiques, en les quals el fons depressiu es manifesta per una simptomatologia dolorosa i insuportable, que és la projecció d'un conflicte mental de caire malenconiós.

En resum, podem concloure que en tota depressió pot trobar-s'hi —a més del vessant biològic, que és variable (determinant en les depressions malenconioses)— una pèrdua o mancança física o mental (emocional), des d'un petit o gran contratemps fins a una malaltia greu o la mort d'un ésser molt proper. Davant aquesta realitat de mancança s'experimenta un sofriment més o menys difícil de tolerar (d'elaborar). D'aquí vénen les diverses possibilitats socials de depressió que hem apuntat i que són aquestes:

- Depressió saludable. Davant la pèrdua o renúncia positiva s'accepta el procés de reparació, amb sofriment, que porta vers el goig. Hi ha creativitat; el lligam o vincle es pot restaurar.
- Depressió neuròtica. Posa en joc mecanismes inconscients de restauració, però són erronis, enganyosos (p.e., es poden desvetllar sentiments de culpa falsos), o bé s'ha de desplaçar el sofriment de la ment cap al cos («conversió», anorèxia...).
- Depressió fluctuant. Els mecanismes defensius no permeten de tolerar cap frustració; la persona s'ha de tancar en una closca egocèntrica, narcisista; no pot tolerar el sofriment de corregir els errors; ni s'acaba de deprimir del tot, ni es troba bé del tot.
- Depressió malenconiosa. És la més greu, la més ancorada en el vessant biològic-somàtic. És la negació de la vida: és la mort mental i potser física.

7. INDICADORS DE SALUT MENTAL I BENÉSSER

He intentat de mostrar algunes interaccions del malestar entre ment i cos, psicològic i social, que hom pot constatar actualment i que intenten de retre donar compte del «creixent malestar de les societats de benestar», sense cap més pretensió que oferir una base per al diàleg.

Abans d'acabar, i com he anunciat a l'inici d'aquest assaig, em fa il·lusió de recuperar i fer reviure aquells indicadors de salut mental que vam establir de manera relativa i provisional ara fa més de vint anys,²¹ i que encara avui són un referent per a molts professionals de la salut. Dèiem aleshores que

21. J. FONT I RODON, «Definició de salut», *op. cit.*

la salut en general, i la salut mental en particular, és aquella «manera de viure que s'esdevé quan es va assolint un "benésser" individual i social, mitjançant un procés dinàmic, a partir d'unes capacitats genètiques en constant interacció amb el medi».

Els element constitutius d'aquest benésser són:

1. La *reacció* davant les dificultats i els canvis del medi extern o intern, sigui per *adaptar-s'hi*, sigui per transformar-lo quan el medi és perjudicial.
2. Un procés *progressiu* i no interromput de *creixement* personal mental basat en l'estimació.
3. *Creativitat constructiva* (no destructiva), que porta noves maneres de pensar o de viure en qualsevol dimensió humana.
4. *Autonomia mental*, que suposa una capacitat assimilativa i el poder d'establir lliurement per un mateix la norma a seguir. Capacitat de «normalitzar», de «tipificar» les informacions que hom rep d'acord amb la pròpia consciència.
5. *Unitat mental, identitat pròpia*, fer-se càrrec de tot el procés vital, de la pròpia vida i de la pròpia mort (anticipada en cada malaltia) i de les pèrdues de possibilitats.
6. *Relacions interpersonals integradores*, satisfactòries per a un mateix i per als altres, respectant la seva autonomia.
7. *Gaudir* de les satisfaccions que comporta la *recerca* d'aquests objectius que hom es proposa i no sols de la seva consecució.

A més, per assolir aquest benésser cal que «la societat presenti unes estructures i sistemes de valors que permetin de fomentar la salut i que l'entorn sigui viable ecològicament».

Com a rerefons de tot el que hem dit, cal retenir, sobretot en parlar de les depressions, que en la societat del benestar hi ha una mancança de vida mental interior, de capacitat d'interioritzar, que dificulta la possibilitat de fer front al sofriment de manera creativa. Si hom cerca només el component «anestèsic» del sofriment, potser assoleix un benestar més o menys persistent —i en tot cas fràgil— però perd la possibilitat de viure en la joia del benésser.

A tall de suggeriments per al diàleg em sembla important remarcar que en la base del malestar personal en les societats del benestar hi ha els factors següents:

- a) les circumstàncies socials i personals pròpies de les societats del benestar contemporànies (esmentades al llarg d'aquest treball) dificulten *la capacitat d'elaborar el dol* que es produeix per les frustracions i les pèrdues de la vida;

- b) aquesta dificultat en l'elaboració del dol està relacionada amb els *mecanismes protectors i defensius* —conscients o inconscients— de la personalitat;
- c) hem passat d'una cultura educativa «superjoica punitiva o persecutòria» a una altra d'«alliberada», sense entrar en una cultura «superjoica integradora», i per això no s'avança vers la posició depressiva (EP ⇔ D);
- d) en la societat actual hi ha la tendència a evitar les frustracions o pèrdues i el sofriment que aquestes produeixen. Es tracta de defugir qual-sevol sofriment, vivint tant com sigui possible cada moment i sense mesura;
- e) així, en *no arribar a una depressió saludable* (estar de dol i reparar), apareix una protecció defensiva, que consisteix en els símptomes psíquics i corporals —i en els trastorns de personalitat— que hem descrit més amunt: trets de *personalitat «borderline»*, organització *narcisista* de la personalitat, *anorèxies i bulímia*, i *depressions i somatitzacions* (equivalents depressius).

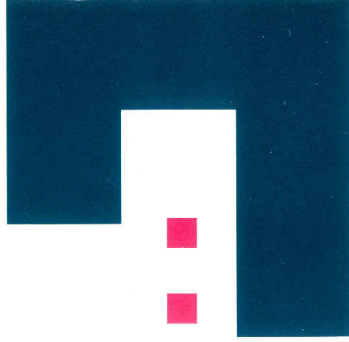
BIBLIOGRAFIA

Obres citades

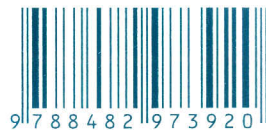
- ATXOTEGI, J. et al. (1984) «Els desencadenants de la malaltia mental», dins DD.AA., *El procés d'emmalaltir*, XII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Castelló de la Plana - Benicàssim), Barcelona, Institut d'Estudis Catalans, p. 179-194.
- BARBOSA, P. et al. (1984) «Factors psico-socials i malaltia mental», dins DD.AA., *El procés d'emmalaltir*, XII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Castelló de la Plana - Benicàssim), Barcelona, Institut d'Estudis Catalans, p. 195-215.
- FONT I RODON, J. (1976) «Definició de salut», dins DD.AA., *Funció social de la medicina*, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpinyà), Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears - Societat Catalana de Biologia, p. 143-154.
- (1983) «Salut i malaltia mental», dins J. TIZÓN - T. ROSSELL (comps.) *Salud mental y trabajo social*, Barcelona, Laia, p. 92-108.
- FONT I RODON, J. - ARMENGOL, R. (1992) «Una concepción antropológica del dolor y del sufrimiento desde el psicoanálisis», dins A. DOU (comp.) *El dolor*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, p. 277-304.
- HALMI, K.A. (1974) «Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases», *Psychosomatic Medicine*, núm. 36, p. 18-26.
- (1996) «Trastornos de la conducta alimentaria», dins R.E. HALES et al., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ancora, p. 917.
- HALMI, K.A. et al. (1991) «Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa», *Arch. Gen. Psych.*, núm. 48, p. 712-718.
- HERNÁNDEZ ESPINOSA, V. - FONT I RODON, J. (1986) «Relación mente-cuerpo en la clínica psiquiátrica», dins A. DOU (comp.) *Mente y cuerpo*, Bilbao, Mensajero, p. 219-235.
- (1986) «La hipocondría», dins A. DOU (comp.) *Mente y cuerpo*, Bilbao, Mensajero, p. 235-238.
- LIPOVETSKY, G. (1986) *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Barcelona, Anagrama.
- PHILLIPS, K.A. - GUNDERDSON, M.D. (1996) «Trastornos de la personalidad», dins R.E. HALES et al., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ancora.
- RAJMIL, L. et al. (1998) «Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya», *Gaceta Sanitaria*, núm. 12 (juliol-agost) p. 153-159.

Alguns articles recents sobre patologia psico-social

- EGLÉ, U.T. et al. (1997) «Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Pradisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung», *Nervenarzt*, núm. 68 (setembre) p. 683-695.
- NASTERLACK, M. (1998) «MCS, CFS, FMS, SBS und andere "moderne" Erkrankungen», *Versicherungsmedizin*, vol. 50, núm. 3 (juny) p. 99-103.
- NIEDHAMMER, I. et al. (1998) «Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort», *Scandinavian Journal on Work, Environment and Health*, núm. 24 (juny) p. 197-205.
- PELISSOLO, A. (1998) «L'anxiété: personnalité, style de vie ou maladie?», *Encephale*, núm. 24 (maig-juny) p. 247-251.
- SROUFE, L.A. (1997) «Psychopathology as an outcome of development», *Development Psychopathology*, vol. 9, núm. 2 (primavera) p. 251-268.
- ZETTERSTROM, R. (1996) «Psychosocial influence on the physical and mental development of Swedish children», *European Child and Adolescence Psychiatry*, núm. 5, p. 67-72.



FUNDACIÓ JOAN MARAGALL
CRISTIANISME I CULTURA



Editorial Claret