

MOURE'S ENTRE CONFLICTES

Imma Masip i Amorós



FUNDACIÓ SERVEI GIRONÍ
DE PEDAGOGIA SOCIAL

MOURE'S ENTRE CONFLICTES

Imma Masip i Amorós

ÍNDEX

Edició:

Fundació Privada Servei Gironí de Pedagogia Social / Fundació SER.GI
Plaça Lluís Companys, 12 -17003 Girona
Tel. (9) 72 - 21 30 50
Fax. (9) 72 - 21 37 17

Composició i Preimpressió:

Nous Serveis Gràfics Publicitaris / Pep Sanromà

Impressió:

Graficter S.L.
Carrer de la Barca, 30 -17165 La Cellera de Ter
Tel: 972 - 42 17 19

1996

Dipòsit Legal: Gi-428-97

Amb el suport de:



MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
Dirección General de Trabajo y Migraciones



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament



Diputació
de Girona

FUNDACIÓ ESTUDI I COOPERACIÓ
© S I C ©



Presentació d'Antoni Julià.	13
Introducció.	19

PRIMERA PART

Concepte i definició de psicopatologia.	21
Salut Mental: Normalitat i anormalitat.	24
Criteris de Normalitat.	25
Normalitat mèdica.	
Normalitat normativa.	
Normalitat estadística.	
Normalitat legal.	
Models teòrics.	26
Model conductista.	
Model organícista.	
Model psicodinàmic.	
Model sistèmic.	
Concepte de crisi.	29
Necessitat d'un marc conceptual.	32

SEGONA PART

Pensament i llenguatge.	35
Pensament lògic-racional.	
Pensament màgic.	
Llei de semblança.	
Llei de contacte.	
L'activitat delirant. El deliri.	38
La percepció.	40
Les il·lusions.	
Les al·lucinacions.	
L'afectivitat i els afectes.	43

La depressió.	
La mania.	
La ciclotímia.	
El son i els somnis.	50
El son.	
El son lent.	
El son ràpid o son REM.	
Els somnis.	
Transtorns del son.	
L'insomni.	
Les hipersòmniaes.	
El suïcidi..	55

TERCERA PART

La formació del símptoma.	61
L'ansietat.	63
Les neurosis.	64
Neurosi fòbica.	
Neurosi obsessiva.	
Neurosi histèrica.	
Les psicosis.	75
Psicosis orgàniques.	
Psicosis funcionals.	
Trastorns esquizofrènics.	
Trastorns delirants paranoics o paranoia.	

QUARTA PART

Alguns dels mites sobre la malaltia mental.	85
La relació assistencial.	88
BIBLIOGRAFIA.	91

"Sens dubte, la llei diu que el més bell és mantenir la màxima calma possible en les desgràcies, sense irritar-se, perquè no és cosa clara ni el bé ni el mal propi d'aquests atzars, ni hi guanya res el qui s'ho pren malament; que cap de les coses humanes no es mereix un gran afany, i que el que en aquestes circumstàncies ens ha d'ajudar immediatament, precisament l'afligir-se ho obstaculitza".

"A què et refereixes?" —va preguntar.

"A la reflexió" —vaig aclarir-li— "sobre l'esdevingut, i, com en una tirada de daus, a la disposició dels propis afers tal com ens han caigut, per on la raó triï que ens han d'anar més bé, per a no fer, quan rebem un cop, com els nens, que es protegeixen la part tocada i perden el temps cridant, sinó acostumar l'ànima a girar-se com més aviat millor a la seva guarició, al redreçament del que ha caigut en malaltia, suprimint amb el remei els seus gemecs".

Plató, 10è llibre de *La República*, 604 b—604 d

PRESENTACIÓ

Fa uns anys, els avatars de la vida em varen portar a fer una pausa en l'activitat a la qual he dedicat més temps de la meua vida professional: la formació d'educadors.

La pausa va ser justament —i no per casualitat— en un moment socialment i políticament mogut, situat entre l'any vuitanta i l'any vuitanta-set. Fou en aquest període que es varen començar a desenvolupar els ajuntaments democràtics, i dins d'ells els serveis socials municipals. Aquests serveis s'organitzaren primer en els ajuntaments més importants, fins que es van estendre a tots, segons les pautes que s'anaven acordant per les afinitats entre els diferents professionals i els polítics que regentaven aquells ajuntaments. Cal recordar que la Llei de Serveis Socials es va implantar a partir del mes de desembre de 1986.

La meua reincorporació a les tasques formatives, participant en l'equip formatiu i com a professor de l'Escola d'Educadors Especialitzats de Girona (1), em va portar a trobar-me amb uns educadors que presentaven diferències sensibles envers aquells a què la pràctica formativa en el Centre de Formació d'Educadors Especialitzats de Barcelona m'havia acostumat. Aquestes diferències no treuen que hi hagués un element important de similitud entre les dues escoles: el de formar educadors en exercici; i assenyalo aquesta semblança perquè val la pena deixar-ne constància, però sobretot perquè permetrà comprendre algun aspecte d'aquesta presentació i també la raó de ser d'aquest llibre.

Una de les diferències té a veure amb la **geografia**, amb el diferent desenvolupament educatiu experimentat a Barcelona i a Girona durant el franquisme. L'absència a Girona d'un moviment d'escola activa concretat en algunes institucions escolars feia, generalment, que els alumnes desconeguessin què representava aquell moviment i la importància que varen tenir en l'educació social personatges com Makarenko, Deligny i Freinet, entre d'altres. Aquests coneixements estaven més presents en els educadors que s'havien format a l'Escola de l'Esplai del Bisbat de Girona i a l'Escola d'Educadors en el Lleure de l'Ajuntament d'aquesta ciutat —on sí s'havien introduït de manera sistemàtica els elements de l'escola activa— i també en aquells que havien practicat l'escoltisme.

Molts dels alumnes que es varen formar a la primera escola d'educadors de Barcelona hi anaven, precisament, atrets pels seus plantejaments actius, dels quals ja eren coneixedors a través d'alguna experiència pròpia o propera. Aquesta diferència la constato i prou, ja que no té gaire importància en aquesta presentació. No és així en les altres dues que considero a continuació.

La segona diferència té a veure amb el **medi** en que els educadors es movien. En la meua primera època, gairebé tots els educadors treballaven en medi recollit (no m'agrada la paraula 'tancat' o 'semi-tancat' per oposició a 'obert'), en el sentit que es trobaven amb les persones amb qui treballaven —que solia ser un mateix grup— en un mateix lloc i de manera regular i sistemàtica: la residència, els asils (no són residències, oi?), el taller, l'aula...

La majoria dels educadors de la segona època, tot i que també n'hi havia dels anteriors, treballaven sobre el territori, sobre la comunitat. Feien un treball en medi obert, més conegut *populísticament* com educadors de carrer; i també treball de prevenció.

Una altra diferència entre les dues èpoques és la **ratio** educadors/nois. El moviment de tancament de les institucions asilars, iniciat als anys setanta, i la creació d'estructures més petites (val la pena dir, tot passant, que a vegades massa petites) va fer que es reduís considerablement la quantitat de nois en relació amb la d'educadors que els atendien en serveis residencials, tallers, aules...

En canvi, en les noves situacions educatives —el treball en medi obert, els educadors de carrer, el treball preventiu—, els educadors atenen un nombre de persones important. El tipus de població a atendre no varia substancialment; varia el tipus d'equipament que l'atén, i s'estableix una relació directa entre equipaments materials més lleugers i equipaments humans més lleugers. Pensar que el sol fet de treure les persones necessitades d'ajuda de les institucions més pesades —o no portar-les-hi— i atendre-les en serveis més lleugers resol els problemes fa que s'instal·li aquella relació que comporta que els educadors atenguin el mateix tipus de població, però en grups molt importants i en llocs molt diversos.

Les característiques d'aquesta nova manera d'intervenir, tenen al darrera (encara que de manera confusa) el component conceptual que prevenir és millor que curar.

Aquest component conceptual, en ser introduït en el treball educatiu i social, potser per allò que tot el que és nou vol deixar de banda el que és vell, va crear un corrent en que es van manifestar coses com aquestes: *"El marc teòric de referència a partir del qual l'educador especialitzat (social) organitza la seva intervenció és la pedagogia entesa com a comunitària (a diferència de l'escolar), és a dir, el camp de reflexió sobre els processos educatius duts a terme en múltiples espais socials. Aquí és important remarcar la diferència entre una intervenció educativa, és a dir, emmarcada en la pedagogia, i els possibles efectes educatius de les intervencions emmarcades en altres disciplines. I deixa de banda la vessant terapèutica, que va tenir molta importància anys enrera (2).*

Aquest corrent ha permès abonar conceptualment situacions difícilment suportables per als educadors en la seva pràctica professional d'atenció directa.

Gerald Caplan estructura el concepte de prevenció a partir de la definició de la psiquiatria preventiva com *"el cos de coneixements professionals —tant teòrics com pràctics— que poden utilitzar-se per planificar i realitzar programes per reduir la freqüència dels trastorns en una comunitat (...); reduir la durada d'un nombre significatiu dels trastorns que es presenten; i reduir el deteriorament resultant d'aquells trastorns"* (3). D'aquesta definició, en surt la clàssica dels tres tipus de prevenció, que no per clàssica està prou ben aclarida: correspon a la **prevenció primària** disminuir la freqüència d'un trastorn en una comunitat; la **prevenció secundària** s'ocupa de reduir l'esmentat trastorn; i finalment pertoca a la **prevenció terciària** reduir el deteriorament que se'n pot derivar.

Altres autors assenyalen que l'única prevenció és la primària, i que les altres dues ho són en la mesura que ja es realitzi el tractament adequat. Ho agafem com ho agafem, el cert és que cadascuna d'aquestes tres prevencions demana recursos diferents per intervenir, i que quan es parla de prevenció cal aclarir de què es tracta, per evitar confusions.

Aquestes confusions varen induir a establir una equívoca similitud segons la qual el treball en medi obert o al carrer és igual a treball preventiu. Si el treball preventiu és primari, caldran uns equipaments diferents dels necessaris en un treball de prevenció secundària o terciària. La creació d'equips de serveis socials d'atenció primària amb una finalitat essencialment preventiva és una mesura indispensable per poder fer el

treball preventiu. Aquest treball, però, no es pot fer si no existeixen serveis de tractament (prevenció secundària o terciària) cap on derivar aquella població que en un treball de primera aproximació en l'atenció directa necessita més atencions que les preventives.

En aquesta cruiïlla és on troben la majoria d'educadors treballant en medi obert, al carrer. Per una banda, instats per l'Administració, a atendre una població nombrosa, pensant en el concepte de prevenció, i per l'altra, confrontats a una població amb grans dèficits personals, tant materials com psicològics, per a la qual són insuficients els recursos preventius dels serveis on es mouen els educadors, a causa de la patologia dels usuaris.

Entre aquestes dues exigències, i amb un desig de reconeixement professional, l'educador s'ha trobat volent satisfer l'estructura organitzativa dels serveis socials d'atenció primària, assumint múltiples programes, treballant amb diversos grups i sectors, i atenent al mateix temps les diferents patologies personals i dels grups. Una tasca feta sota la pressió d'aquestes dues exigències i l'esforç per satisfer el desig professional posa l'educador en una situació de crisi professional —si no personal— important.

La recerca de coneixement, de formació, per atendre adequadament la feina és una sortida raonable i constructiva a l'hora d'encarar un problema. No cal dir que els educadors que assistiren a l'Escola d'Educadors Especialitzats de Girona van optar per aquesta solució.

Els corrents d'intervenció comunitària, segurament mal entesos, han fet menystenir els enfocaments del coneixement individual i de la importància de les relacions interpersonals a partir dels components emocionals d'aquestes relacions en el treball de l'educador social. Malgrat les recomanacions assenyalades més amunt, l'Escola d'Educadors Especialitzats de Girona va centrar la seva formació en aquells aspectes que permetien una aproximació a l'individu a partir del coneixement de la manera com aquest s'estructura internament, de les necessitats indispensables perquè aquesta estructura es realitzi i dels accidents que poden passar si aquestes necessitats bàsiques no es donen.

A partir d'aquest coneixement, es poden crear les diferents formes d'intervenció educativa. Sabent quines necessitats tenen els individus i els grups en què cal intervenir, es pot discernir si són jo, educador, que no

dono la talla perquè no puc o no sé respondre a les necessitats de la població que em toca acollir amb les exigències que l'Administració m'imposa, o bé si és que els equipaments de què dispo no són els adequats. Conèixer com s'estructura un individu i quins són els accidents que poden ocórrer en aquesta estructuració permet delimitar el problema i, per tant, posar-se en camí per resoldre'l.

Moure's entre conflictes, entre els conflictes de creixement, entre els conflictes que el creixement provoca, entre els conflictes que el creixement instaura, i entre els conflictes que l'articulació d'aquests subjectes amb l'entorn social provoca, és el que li toca fer a l'educador social.

Per aquestes raons l'Escola d'Educadors Especialitzats de Girona va incloure en el seu currículum formatiu uns temes de psicopatologia (els accidents en l'estructuració), havent treballat prèviament els fenòmens en torn dels quals es realitza aquesta estructuració.

És així com va sorgir **Moure's entre conflictes**, que evidentment no és un tractat de psicopatologia, sinó uns apunts d'aquests coneixements, elaborats amb la intenció que els educadors, que sense cap mena de dubte treballen amb una població en la qual en poca o en gran mesura es dona el conflicte, puguin entendre'l i moure-s'hi amb la intranquil·litat pròpia de la seva feina, però no amb la intranquil·litat que provoca no saber ni on s'està, ni què s'està fent.

Antoni JULIÀ i BOSCH
Educador Social.
Vicepresident de la Fundació SER.GI

1) L'Escola d'Educadors Especialitzats de les Comarques de Girona va ser un projecte formatiu inicialment potenciat per la Fundació Privada Servei Gironí de Pedagogia Social/Fundació SER.GI, i assumit i gestionat per la mateixa Fundació en un segon moment i fins la finalització del projecte, el juny de 1994.

2) Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Direcció General d'Afers Socials, *Recomanacions sobre Serveis Socials d'Atenció Primària*, Col·lecció Serveis Socials, 1988.

3) CAPLAN, Gerald, *Principios de Psiquiatria Preventiva*, Ed. Paidós.

INTRODUCCIÓ

"Pacient' significa 'aquell que pateix', i etimològicament ve de 'patiment'. No és el sofriment en si el que és més temut, sinó el patiment que degrada".

Susan Sontag

El propòsit d'escriure uns apunts de Psicopatologia per a Educadors es basa en el desig de deixar constància de les reflexions que sobre el tema hem anat fent a l'Escola d'Educadors Especialitzats de Girona.

Quan se'm va encomanar aquesta matèria, vaig pensar tot seguit que seria més interessant treballar sobre casos clínics, per extreure'n aspectes teòrics, i que calia defugir principis estrictament clínics i nosològics.

La meva experiència com a psiquiatra i com a terapeuta m'ha permès observar i estar en contacte amb moltes persones, famílies i grups embarrancats en diferents conflictes, però, atès l'espai on es mou l'educador, no haurem de diagnosticar, ni seria gaire útil classificar ni investigar la patologia mental. Per a l'Educador, que es troba sovint intervenint en situacions de crisi, calia buscar eines que potenciessin la seva capacitat preventiva.

A mesura que anàvem treballant i que anaven passant els cursos, omplíem esborranys, s'anaven acumulant textos i anava escrivint casos per treballar amb els alumnes. Molt sovint em deien: "Seria interessant tenir uns apunts"; i al llarg del temps he anat guardant i perdent coses, introduint conceptes i desestimant-ne d'altres, i n'ha restat un pòsit. Aquest material és, doncs, un recull, segurament incomplet i amb algun buit important, però representatiu de gairebé una dècada d'Escola.

Durant aquest temps s'ha fet evident la necessitat de conceptualitzar premisses molt generals, com ara què és estar malalt o estar sa, què és el patiment psíquic, què és una societat sana, què són les crisis i quins mecanismes són necessaris per superar-les.

Amb el temps s'ha anat perfilant la hipòtesi que la Salut Mental i la Malaltia van lligades al procés vital i que, com a tals, són situacions caviants i no estables.

Hem estudiat aquells recursos que afavoreixen la maduresa de l'individu, tot indicant que la salut interpersonal i intrapersonal passa per la capacitat de resoldre conflictes.

Hem pogut valorar la gran importància de les experiències prèvies i del desenvolupament infantil, per prevenir en la vida adulta el dolor i la infelicitat.

El document es divideix en quatre parts. En la primera, s'intenta recollir conceptes i definicions, models teòrics i el marc conceptual que ha semblat més útil per al treball en el camp socio-educatiu assistencial en què es mou sovint l'educador. A la segona part s'analitzen les funcions bàsiques del psiquisme humà, algunes manifestacions pròpies de tots els individus, com ara pensar, dormir, estimar... i d'altres que apareixen davant de situacions crítiques com la mort, la pèrdua i el dolor: l'angoixa, les depressions, els deliris o el suïcidi. En la tercera part es parla de la formació del símptoma i de com es poden arribar a estructurar, com a formulació simbòlica del conflicte, conductes psicòtiques i neuròtiques. En l'últim apartat veurem alguns aspectes de la relació assistencial i respondrem algunes preguntes relacionades amb la "bogeria", per mirar d'explicar alguns dels mites més estesos sobre la malaltia mental.

PRIMERA PART

Concepte i definició de psicopatologia

"En relació amb la malaltia, no ens trobem quasi temptats de pensar si ens podríem apanyar sense ella?"

F. Nietzsche

La psicopatologia és una branca de la psicologia, entre la medicina i la filosofia, que descriu, estudia i classifica els fenòmens patològics de la ment humana.

La classificació de les diferents patologies és, des de qualsevol òptica teòrica, enganyosament simplista, ja que les característiques de la ment humana, les peculiaritats individuals i els condicionants comunicacionals, com també les pròpies característiques de l'avaluador, configuren una complexitat que comporta una gran dificultat per objectivar-les. És doncs evident que la singularitat de la persona no es pot englobar en una breu fórmula; per tant, les classificacions en aquest camp no són altra cosa que mitjans auxiliars per donar una llum provisional en l'estudi dels comportaments humans.

En el treball directe en contextos educatius, socials o sanitaris, no s'hi troba la neurosi, la psicosi o la depressió; altrament, s'hauran d'abordar i cuidar situacions en les quals apareixen símptomes psicòtics, persones amb manifestacions neuròtiques o persones amb símptomes depressius.

Les classificacions psicopatològiques varien amb el temps, i el concepte de malaltia està estretament lligat a la cultura.

En la nostra societat, i fins al naixement de la psiquiatria com una branca de la medicina, en el segle XIX, les malalties mentals eren atribuïdes a factors sobrenaturals, habitualment diabòlics. Es concebia l'Obsessió com

la influència d'un ésser maligne, des de l'exterior de la persona; la Possessió es donava quan l'esperit maligne habitava el cos de la víctima; i l'Alienació, quan la possessió era completa i la víctima estava a mercè de l'ésser diabòlic, amb "l'entrega absoluta de l'ànima al diable". Amb aquesta visió del que actualment considerem disfunció o malaltia, no es plantejava cap mena d'intervenció terapèutica, i s'aplicaven l'exorcisme i d'altres rituals màgics; així, el destí de les persones amb trastorns solia ser la presó, l'aïllament o la foguera.

Altres cultures expressen una tolerància més gran davant la malaltia mental, utilitzant rituals màgics per prevenir-la. Així, en la cultura "Xin", que s'estenia per la regió fronterera entre Assam i Birmània, si algú creia que el perseguia un esperit maligne havia de practicar la següent cerimònia: "Ha de tallar un gos, evitant destruir-ne les entranyes; la part superior s'ha de col·locar en una banda del camí, i la part inferior a l'altra banda, amb els intestins d'una part del cos i l'altra al mig del camí; l'afectat ha de passar-hi per sobre. D'aquesta manera, es posa una barrera a l'esperit, que deixa de perseguir el qui ha realitzat el ritual". *El folklore en el Antiguo Testamento*. J.G. Frazer.

En la nostra societat, on imperen valors com la bellesa, la competitivitat, el poder i la comunicació, a les persones amb trastorns psíquics se'ls fa un diagnòstic i són tractades, però es manté una intolerància basada en valors històrics i culturals, fruit d'un treball per negar i marginar la diferència, el patiment i la malaltia.

Sovint ens trobem en situacions que exemplifiquen aquestes premisses:

—Tots els professionals que treballem en l'àmbit clínic sabem que les persones que pateixen un trastorn bipolar (depressió-mania) són més tolerades quan passen una fase depressiva, ja que, malgrat el patiment psíquic, estan quietes, no discuteixen..., en definitiva, no molesten; mentre que en la fase maníaca gasten molts diners, se'n van de viatge i qüestionen la família i la societat. Encara que llur sentiment subjectiu és de benestar, solen ser rebutjades per la família.

—Una senyora, ingressada en un centre psiquiàtric, prenia el sol de

l'hivern al jardí, en les hores mortes, i deia: "M'estic posant tan morena, que quan surti podré dir a tothom que he estat esquiant als Alps; no puc pas dir que he estat al manicomi...!".

—Un home amb un trastorn mental greu vivia fugint permanentment dels seus perseguidors-agressors, i durant vint anys va viure en la misèria, tot i tenir un bon ofici i una família amb recursos. Ningú no el tractava ni l'atenia, fins al dia que va qüestionar les autoritats eclesiàstiques i polítiques locals; aleshores va ser qualificat de malalt i el van ingressar en un centre psiquiàtric.

—L'anorèxia nerviosa, tan pròpia dels adolescents i actualment amb una prevalença en augment, especialment entre les persones de sexe femení, respon en part a la pressió social, que marca uns canons estètics molt difícils d'assolir. Es coneixen casos que suggereixen aquest trastorn ja a l'Edat Mitjana, però que en aquell moment històric eren interpretats com a signes de santedat; així, santa Wilgefortis, "encara verge, dejunà i pregà a Déu que li prengués la seva bellesa, per tal de no cridar l'atenció dels homes. Després de passar per un règim de pregària, ascetisme i inanició, la seva cara i tot el cos se li van anar cobrint de pèl. Es diu que a Europa va ser la patrona d'aquelles dones que volien deslliurar-se de l'atenció masculina". J. Lacey, "Anorexia nervosa and a bearded female saint", a *British Medical Journal* núm. 285, 1982.

Salut mental: Normalitat i anormalitat

"(...) Perquè és normal, quan li convé ser depressiu es mostra depressiu, en altres ocasions es pot mostrar maníac, o en un altre cas pot mostrar-se angoixat, perquè és normal, perquè té totes les possibilitats i és lliure d'utilitzar els mecanismes psicopatològics que li doni la gana, és a dir, aquells que consideri necessaris en un moment determinat. Està clar, la normalitat amaga una gran quantitat de malalties normals".

Dr. F. Tosquelles

Entrevistat per T. Angosto a la *Revista de la A.E.N.* núm. 46, 1993.

Per abordar el tema de la psicopatologia, cal establir els criteris pels quals distingim allò que és anormal, i el concepte mateix de Salut Mental.

En el camp de la medicina, s'entén per salut un estat de l'organisme en què totes les funcions d'aquest es desenvolupen amb normalitat; en el XX Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, aquest concepte es va ampliar i se'n va adaptar la definició a la propugnada per l'OMS: Salut és un estat de benestar físic, mental i social que proporciona una manera de viure autònoma, solidària i joiosa.

La concepció acadèmico-mèdica sovint parla de malaltia, i defineix la salut com l'absència d'aquella. A mitjan segle XIX, E. Haekel va utilitzar per primera vegada el concepte d'ecologia per referir-se a les relacions entre un organisme i el medi ambient. Ja passada la meitat del nostre segle, G. Bateson va fer la seva aproximació revolucionària a la comprensió de l'home usant la mateixa teoria ecològica: la Salut i la Malaltia són processos canviants i no estables, que es donen en el si de sistemes oberts que interactuen entre ells i amb el seu context. Si bé no es pot separar la malaltia del malalt, el mateix concepte de malaltia va lligat, paradoxalment, al de normalitat, entenent-lo dins el context evolutiu i de formació de la personalitat.

Així doncs, en determinats moments evolutius o vitals apareixen crisis i conflictes que, si d'una banda posen de manifest algunes mancances del Jo, de l'altra estimulen mecanismes de creixement que poden ajudar a una millor qualitat adaptativa posterior.

En l'aspecte de les lleis subjectives de la salut i de la malaltia mental encara prevalen trets molt primitius, ja que, majoritàriament, el que és favorable a l'interès personal esdevé una veritat absoluta que no serveix per als altres; així, per un mateix fet, les accions de l'altre són valorades de forma molt diferent que les pròpies: "Aquell és un lladre, però jo no, jo defenso els meus interessos i faig un negoci intel·ligent; l'altre és dolent i té mala fe, en canvi les meves intencions són bones..."

Criteris de normalitat

Cal fer esment d'un seguit de criteris que, si bé són parcials, són també els més utilitzats a la pràctica.

NORMALITAT MÈDICA: És aquell criteri que defineix la normalitat com l'absència de malaltia. Aquest concepte és utilitzat habitualment en medicina: "Si totes les proves són normals, vol dir que el pacient no té res". La dificultat més gran que planteja aquest criteri és l'oblit d'aquelles alteracions que no es poden detectar a través d'anàlisis o de proves objectives, com és el cas de la majoria de trastorns mentals.

NORMALITAT NORMATIVA O UTÒPICA: Des d'aquesta perspectiva, s'entén la normalitat com el funcionament òptim de l'aparell psíquic, implicant-hi el màxim aprofitament de les capacitats individuals. Es parteix d'una idea utòpica de la persona: seria més normal o més sana aquella persona que més s'acostés a l'ideal utòpic. El problema més important d'aquest criteri és acordar quines haurien de ser les característiques primordials de l'individu ideal.

NORMALITAT ESTADÍSTICA: Segueix el criteri estadístic de la campana de Gauss: és acceptada com a normal una desviació estandarditzada per sobre i per sota de la mitjana aritmètica. En aquest cas, la crítica més significativa d'aquest criteri és que consideri normal allò que és més freqüent, de manera que conductes poc convencionals podrien ser catalogades de malalties o anormals.

NORMALITAT LEGAL: La normalitat des de la perspectiva legal és definida com la capacitat o incapacitat de les persones: la persona capaç és normal i responsable dels seus actes, i la que no ho és no és responsable davant la llei. Òbviament, el principal problema que presenta aquest plantejament és qui i com valora la capacitat o incapacitat dels subjectes.

Models teòrics

Els models més significatius d'abordatge a fi d'entendre, tractar i diagnosticar les malalties mentals parteixen de bases teòriques que impliquen una aproximació a la realitat. Cada model té un seguit d'avantatges i d'inconvenients, però tots pretenen, des de la pròpia epistemologia, fer aportacions a la comprensió del patiment psíquic i enriquir les possibilitats terapèutiques.

MODEL CONDUCTISTA: Es basa en la teoria de l'aprenentatge. Els principals teòrics experimentalistes que han fet aportacions relacionades amb aquest model són Skinner, Pavlov i Watson.

Aquesta teoria postula que la patologia és fruit d'un aprenentatge negatiu, que cal modificar.

La intervenció terapèutica passa per l'observació i el diagnòstic d'una conducta i la planificació d'un tractament, encaminat a l'extinció d'aquella. Es considera que el tractament ha estat reeixit quan hi ha hagut remissió de la simptomatologia.

L'aportació més important d'aquest model és el rigor experimental utilitzat en els tractaments, i la crítica més estesa que ha rebut és la seva simplicitat i el fet que deixi en segon terme variables intrapsíquiques, biològiques i interaccionals, que intervenen en tota conducta.

MODEL MÈDIC ORGANICISTA: Està basat en els postulats de Kraepelin, Breuler, etc., també els més semblants a aquells que segueix la medicina occidental per estudiar, tractar i diagnosticar una malaltia.

La intervenció terapèutica es basa en les premisses següents:

- La malaltia té una causa o etiologia.
- L'etiologia és orgànica: lesió, infecció, alteració genètica.
- La malaltia es manifesta a través de símptomes.
- Els símptomes permeten realitzar un diagnòstic.
- El diagnòstic orienta cap a un pronòstic i un tractament.
- El tractament és biològic i ha d'incidir sobre el factor que ha provocat el trastorn.

La dificultat més important d'aquest abordatge és que en molts dels casos que es presenten a la pràctica no es pot demostrar l'existència de factors etiològics orgànics, i el tractament s'aplica en funció del diagnòstic descriptiu.

L'aportació més important d'aquest model és la investigació clínica de fàrmacs, que s'han mostrat de gran utilitat per a la remissió dels símptomes.

MODEL PSICODINÀMIC: També conegut com a psicoanalític o intrapsíquic, parteix de les teories de Freud, Klein, Lacan, etc.

Es basa en els següents conceptes:

- L'aparell psíquic està estructurat en tres instàncies: l'Allò, el Superjo i el Jo.
- L'existència de producció psíquica conscient i inconscient.
- El concepte d'etapes libidinals psicosexuals que es corresponen a períodes evolutius: etapes Oral, Anal, Fàlica, de Latència i Genital.

—La malaltia o la descompensació psicopatològica és resultat de la fixació a alguna de les etapes evolutives i del fracàs de les defenses del Jo.

—La formació del símptoma es manifesta en forma d'ansietat psicòtica o neuròtica, davant el fracàs del Jo per trobar una sortida entre els requeriments dels impulsos instintius de l'Allò, la realitat externa i les forces del Super-jo.

El tractament que proposa és la psicoteràpia analítica, que busca esbrinar els punts de fixació i aproximar allò inconscient a allò conscient, a través de tècniques com la interpretació, l'associació lliure i el treball sobre la transferència.

L'aportació més important d'aquesta teoria és la contribució a la comprensió del funcionament de la ment humana, i la principal crítica que se li fa és la complexitat i la manca d'empirisme, atès que es basa en hipòtesis no objectivables.

MODEL SISTÈMIC INTERACCIONAL: Està basat en la teoria de sistemes generals de Bertalanffy, desenvolupada en el camp de l'antropologia, la psicologia i la psiquiatria per Bateson, Haley, Minuchin, Selvini, etc.

Conceptualitza la persona, la família o la comunitat com a sistemes oberts en estat dinàmic permanent, de manera que la totalitat del sistema és més que la suma de les seves parts, i alhora cada part és singular.

L'equilibri del sistema és bàsic per garantir-ne el bon funcionament.

En l'equilibri del sistema, hi intervenen dues forces: la tendència a l'estat estacionari o homeòstasi, i la tendència a la transformació o canvi.

Un sistema sa és aquell que pot créixer, canviar i readaptar-se als requeriments externs sense posar en perill la seva continuïtat.

En un sistema patològic, apareixen tendències al servei de

l'homeòstasi —que podríem anomenar símptomes— que posen en perill la vitalitat del sistema.

El diagnòstic que proposa aquest model és flexible i interaccional, adaptat a la dinàmica sistèmica i als canvis.

L'objectiu del tractament és realitzar intervencions que promoguin el canvi i el creixement a aquells sistemes disfuncionals que pateixen un estat estacionari.

Aquest model, que entén la conducta patològica com una forma especial de comunicació i que es basa en anàlisis circulars de la realitat, troba greus dificultats per adaptar-se a la terminologia clàssica, basada en una epistemologia mecanicista-causal dels fenòmens psíquics.

Concepte de crisi

"Els ritus d'iniciació solen començar per una prova que sotmet el neòfit a la mort, a la qual, però, segueix la renaixença, més enfortit i vigoritzat".

Joan Amades. *Folklore de Catalunya*.

En el desenvolupament de la personalitat es van alternant diferents fases d'egoèstasi o equilibri i períodes crucials, caracteritzats per trastorns en l'àrea intel·lectual i afectiva, que Erikson va qualificar de "crisis evolutives".

D'altra banda, l'atzar i els esdeveniments vitals comporten sovint amenaces que alteren la conducta i l'estat psíquic, i produeixen les "crisis vitals".

Aquests punts crítics es caracteritzen per una alteració psicològica aguda, amb algun símptoma com a resultat de la lluita per aconseguir el reajustament i l'adaptació davant d'un problema temporalment irresoluble.

Aquestes crisis o conflictes representen situacions noves per al subjecte, que no pot afrontar-les amb els mecanismes de superació i defensa que li havien estat útils en altres situacions anteriors.

Aquestes crisis són estats difícils i inevitables, com ara una malaltia greu, una mort, la separació d'un ésser estimat, la pèrdua de la feina, etc.

Les crisis, per tant, són situacions decisives per al desenvolupament. El curs de la vida és alterat per un esdeveniment inesperat, i la persona ha de posar en marxa tots els mecanismes que té a la seva disposició per trobar una sortida. El resultat és impredecible, ja que sovint l'individu es descobreix capacitats inesperades i desconegudes, però altres vegades comet errors que li duen un sentiment de fracàs i de dubte.

Normalment, un seguit de proves, amb encerts i errors, porten a la resolució del problema i a la disminució de la tensió interna.

La comprensió del sentit de la vida, l'esdevenir de la pròpia "novel·la", es va formant a poc a poc, des dels orígens més irracionals i infantils; únicament en la maduresa psicològica es pot arribar a comprendre el sentit de l'existència, que fa possible que no s'estigui a mercè dels capricis de la vida. A diferència de les tragèdies clàssiques, on el desenllaç és determinat pels déus o pel destí, i on habitualment la lluita de l'home és en va, en la nostra cultura i en la societat actual preval un cert grau de control per part del subjecte, el qual pot intervenir en els resultats modificant les seves capacitats personals, és a dir, els seus recursos.

D'aquesta manera, les crisis personals o col·lectives esdevenen una oportunitat per al creixement; però alhora, si no es disposa de prou recursos, hi ha el perill d'encallar-se o de buscar solucions errònies, i llavors és quan apareix el trastorn mental.

La resistència al trastorn mental pot augmentar si s'ajuda la persona o el grup a ampliar el seu repertori d'habilitats afectives per resoldre problemes, de manera que es pugui evitar recórrer a formes regressives, antisocials o allunyades de la realitat, en enfrontar-se amb situacions difícils. Així, els símptomes neuròtics o psicòtics són sovint una forma simbòlica de resoldre els conflictes.

La coherència i l'equilibri d'una persona o d'un grup es mantenen per mecanismes homeostàtics reequilibradors; es pot dir que l'equilibri del subjecte s'altera quan s'enfronta a una força o situació nova que implica canviar el funcionament previ.

D'aquesta força o situació, en direm conflicte. En general, el conflicte provoca un desplegament de recursos que en un temps determinat, i de manera similar a situacions prèvies, conclou amb la seva resolució. Si l'estat de tensió resulta intolerable i les forces reequilibradores fracassen, s'han de posar en marxa nous mecanismes, fins que s'arribi a trobar un nou equilibri.

Quan l'individu o el grup estan alterats, apareixen sentiments de desplaer, com l'ansietat, la por, la culpa, la vergonya, la impotència, la insatisfacció i la distorsió perceptiva, que poden portar cap a un trencament de l'equilibri i poden donar lloc a l'aparició d'una simptomatologia greu.

Per tant, la resolució de les crisis i les maneres d'afrontar-les tenen una gran importància per a la futura Salut Mental de l'individu i del grup.

Si s'ha pogut enfrontar una crisi reordenant les relacions més significatives, si s'han pogut desenvolupar noves tècniques socialment acceptades i basades en la realitat, s'haurà augmentat la capacitat d'adaptació a noves situacions de forma sana. Si, contràriament, s'han elaborat respostes desadaptades, que tendeixen a la fugida, a la utilització de solucions màgiques-irracionals i a la regressió, la capacitat per afrontar i resoldre situacions futures queda molt empobrida.

Exposat d'un altra manera: White i Epston, a *Medios narrativos para*

finis terapèutics, diuen que, fent una analogia entre crisi i ritual de passatge, es pot interpretar la crisi en termes de progrés, i no pas de regressió, tenint en compte, i no menyspreant, els seus aspectes pertorbadors i distorsionadors.

Així, relacionen les crisis o rituals de passatge amb:

- Fase de Separació: separació d'identitat, rol o funció, que ja no és viable per a la persona.
- Fase Límit o de Frontera: es caracteritza per malestar, confusió i desorganització, amb emergència d'expectatives de futur.
- Fase de Reincorporació: accés a un nou rol que comporta noves responsabilitats i nous privilegis.

Necessitat d'un marc conceptual

"L'esquema referencial és el conjunt d'experiències, coneixements i afectes amb els quals l'individu pensa i actua".

J. Bleger

Si considerem l'Educador Social com un professional que està en contacte amb la població que té dificultats o crisis, cal tenir present que l'ajuda que pot donar amb les seves intervencions pot tenir efectes crucials sobre la Salut Mental de la població. Podríem definir l'Educador com un agent comunitari encarregat de fomentar el benestar social, ajudant a resoldre situacions desfavorables.

Cal doncs, des d'aquesta òptica, desenvolupar una cultura professional, és a dir, trobar un marc de referència específic, relacionat amb la capacitat per abordar els conflictes amb un conjunt de mètodes i tècniques.

La manera que té el professional d'enfrontar una intervenció depèn de les funcions bàsiques de la seva professió, de la seva formació i de les pròpies característiques individuals —sensibilitat i experiències personals prèvies—, i també del context on desenvolupi la seva feina.

Una tasca fonamental per als professionals és elaborar "mapes d'objectius" i "estratègies d'intervenció consensuades"; és a dir, que responguin a una "hipòtesi" comuna de la situació a tractar. Aquesta feina esdevé més senzilla i més eficaç si els professionals comparteixen un marc teòric comú i una visió treballada dels objectius, la qual cosa també facilita, a través de la coordinació, la delimitació del seu rol, i alhora potencia la creativitat individual.

Tot el procés ha de ser avaluat, i cal fer també una valoració dels resultats, acarant-los al grau més o menys alt de compliment dels objectius inicials.

Considerant, una vegada més, l'Educador com un agent de Salut Mental i de suport comunitari, s'ha de pensar també en el "suport dels qui donen suport", establint espais de reflexió, formació, supervisió i consulta.

SEGONA PART

Pensament i llenguatge

"Comencem a comprendre ara també, i en tot el seu abast, la màgia de la paraula. La paraula és el mitjà més poderós que permet a un home influir sobre l'altre; la paraula és un recurs excel·lent per despertar moviments anímics en el seu destinatari, i per això ja no semblarà tan enigmàtica l'afirmació que la màgia de la paraula pot eliminar manifestacions morboses".

S. Freud

El pensament és l'acció de pensar, i el seu vehicle de transmissió és l'expressió verbal, escrita o lúdica i, indirectament, la conducta.

Des del punt de vista psicològic, hi ha dues formes de pensament: el pensament lògic-racional i el pensament màgic.

Pensament lògic-racional

L'acció mental de pensar inclou els processos de judici, comprensió, raonament i anticipació dels fets. Aquest procés es posa en marxa gràcies a un estímul sensorial que desencadena un flux d'idees, símbols i associacions adreçats a una finalitat adaptativa, que sovint es manifesta per mitjà d'una acció coherent o sintònica amb la realitat. Així doncs, tots els actes, des del més simple al més complex, estan en interacció dinàmica amb el pensament.

El pensament discursiu lògic-verbal, tal com l'entén Luria, permet a la persona, basant-se en els codis del llenguatge, depassar la percepció sensorial directa del món extern, reflectir connexions i relacions complexes,

formar conceptes, elaborar conclusions i resoldre problemes teòrics complicats.

El pensament constitueix el mitjà fonamental de l'activitat cognitiva complexa de l'home.

Per conèixer millor les lleis del pensament lògic-racional, cal familiaritzar-se amb els processos d'estructuració del llenguatge en els quals es basen els pensaments, analitzar "la paraula" que permet formar "conceptes", aclarir les lleis de les "connexions" de les paraules amb sistemes complexos que fan possible el "judici" i conèixer els sistemes lògics que s'han anat formant en la història del llenguatge i que permeten realitzar les operacions "deductives".

Pensament màgic

"Això d'orinar dins d'un clot quan no tenien aigua a la vora a fi de poder congriar sigui la boira, sigui la nuvolada, era un costum molt comú en les bruixes. Aquestes no poden fer cap tempestat sense tenir a mà un líquid qualsevol, ja sigui net, ja sigui brut".

C. Gomis i Mestre.
La bruixa catalana.

També anomenat procés psíquic primari, és una forma de pensament que no segueix les regles del pensament lògic-racional. És un procés psíquic freqüent en l'estructura dels somnis, en l'elaboració de creences mítiques i religioses i en alguns processos psicòtics i neuròtics.

El pensament màgic està fonamentat en dos principis: la llei de semblança i la llei de contacte. (Frazer, *La rama dorada*).

LLEI DE SEMBLANÇA: Aquesta llei propugna que els efectes s'assemblen a les seves causes; això és, que dues coses semblants produeixen el mateix efecte. És un pensament que es regeix per l'associació d'idees, i és el que dóna lloc a la màgia imitativa.

Es troben moltes conductes associades a aquest tipus de pensament en rituals primitius: vestir-se d'animal per tenir la seva força, menjar-se el cervell de l'enemic per robar-li la intel·ligència, bufar per cridar el vent, ejacular en els camps per estimular-ne la fertilitat, orinar per fer venir la pluja, etc.

LLEI DE CONTACTE: Aquesta llei estableix que els objectes que alguna vegada han estat en contacte mutu actuen recíprocament i a distància, malgrat que hagi desaparegut el contacte físic entre ells.

És el principi pel qual es regeix la màgia contaminant o de contagi, per associació d'idees de contigüitat.

Troben també un gran nombre de creences basades en aquest tipus de pensament: la utilització de roba, ungles o cabells d'una persona per fer-li mal o per guarir-la segueix aquesta llei.

El pensament és una activitat complexa que, interrelacionada amb les altres activitats psíquiques, configura la personalitat, marca la conducta i li dóna significat propi i intersubjectiu.

Quan s'analitza el pensament, el seu significat i les seves construccions, cal contextualitzar-lo, és a dir, valorar-lo dins un context determinat, avaluant aspectes socials i culturals que en part el determinen.

Així, una persona que ens diu que és desgraciada i que res no li surt bé a la vida pot ser entesa com una persona pessimista que té tendència a fer valoracions negatives de la seva situació; si en la mateixa línia ens diu

que totes les persones que estima o que hi té contacte estan exposades a la desgràcia i al patiment, parlarem d'"idees sobrevalorades"; i si ens diu que ella és la responsable de tots els accidents automobilístics del cap de setmana i va a autoinculpar-se a la comissaria més propera, parlarem d'"idees delirants".

Activitat delirant. El deliri

—Per què delira un home?

—Perquè la raó de l'home és una capa molt fràgil. La humanitat ha viscut sempre míticament i dins de concepcions mítiques fins a una data molt recent. L'home té la inclinació d'interpretar la realitat segons les seves tendències emocionals pre-formades, no pas segons el que diu la ciència.

Conversa entre Ramon Sarró i J.L. Mediavilla.

La paraula "deliri" té la seva arrel en "delir", que significa 'esborrar, destruir, anorrear', i en sentit més modern, 'consumir-se de desig vehement'.

J. Corominas.

Diccionari Etimològic de la Llengua Catalana.

Aquest mot s'utilitza, en llenguatge col·loquial, quan es vol expressar la bogeria, posant en evidència que la persona que delira interpreta la realitat de forma "especial" i alhora que presenta un determinat fenomen psíquic.

El deliri, des de la perspectiva psicopatològica, és una actitud mental fora del convencional, que és vista per les persones que no n'estan afectades com a "absurda", pel fet que posa en evidència una concepció de la realitat que contrasta amb la norma.

L'activitat delirant és, per tant, una idea errònia que sorgeix sense circumstàncies externes que la justifiquin i que no es modifica per l'experiència, ni la suggestió, ni l'exemplificació ni el raonament lògic, i que es manté inalterable fins i tot davant la prova de la realitat. El deliri no sorgeix de la realitat externa, sinó de la realitat interna del subjecte.

UN MICROXIP AL CIGRÓ. Ja fa uns quants anys, vaig atendre al Servei d'Urgències Psiquiàtriques un home enviat des del Servei de Medicina. Els meus col·legues havien trobat força estranya la seva demanda: s'havia presentat al Servei demanant un cirurgià d'urgències perquè li extragués un cigró que ja feia anys que tenia a la panxa, assegurava ell, amb un microxip a dins que servia per controlar-lo. Quan el vaig veure, l'home estava astorat; no podia entendre com l'havien enviat a Psiquiatria amb un diagnòstic de psicosi, quan ell el que volia era un cirurgià.

"Vostè no en té cap culpa, senyoreta", em deia, molt amable, "però vostè no pot fer res per mi".

A mesura que vàrem anar parlant vaig saber que tenia 42 anys, que havia arribat a Barcelona en feia sis, procedent d'un petit poble, amb l'esperança de trobar una bona feina i una bona dona per casar-s'hi; s'havia instal·lat en un barri superpoblat, a casa d'una germana, també soltera, que tenia una feina i el mantenia; va buscar feina, però sense èxit, i doncs "com podia buscar una dona, si no tenia recursos per mantenir-la?", em deia.

Al cap d'un any, un dia que menjava cigrons va notar una sensació estranya, i després va anar adonant-se progressivament "que duia un microxip a la panxa", que se l'hi havia ficat perquè anava camuflat en un cigró; inicialment, explicava l'home, l'aparell actuava únicament en determinades situacions, impedit que trobés feina i controlant els seus moviments, però més endavant, gràcies a l'emissió de vibracions magnètiques, utilitzaven el seu cos "com un laboratori d'experiments", i darrerament no podia ni menjar ni dormir, perquè "ells" havien arribat a simular relacions sexuals, li controlaven el pensament i l'obligaven a tenir idees obscenes i criminals.

La percepció

La percepció és l'acte de percebre, entès com la capacitat de captar estímuls a través dels sentits; és a dir, d'exercir la capacitat de rebre impressions i donar-los un sentit adaptat a la realitat externa.

La percepció és activada pels òrgans dels sentits, els quals, excitats, fan arribar l'estímul al cervell per mitjà del sistema nerviós; és doncs un procés que involucra les sensacions i l'activitat intel·lectual.

Els sentits principals en l'home són la vista i l'oïda, els menys destacats són el gust i l'olfacte, i el tacte té una posició intermèdia.

La percepció suposa una seqüència d'esdeveniments, basats en el funcionament biològic que implica el subjecte, amb els seus trets psicològics i culturals. Tota percepció comporta una interpretació, i per tant, més que un fenomen sensorial és una conducta psicològica complexa, vinculada a un quadre de referències particulars elaborat a partir de l'experiència personal i social.

Des del punt de vista psicopatològic, tenen importància les distorsions perceptives. L'acte perceptiu pot modificar-se amb la ingesta de determinats fàrmacs, o d'alguna substància al·lucinògena (LSD, mescalina...), i fins i tot pot ser alterada experimentalment, per excitació mecànica de certes zones del cervell.

Cal destacar que l'estat afectiu condiciona les percepcions, i fins i tot una percepció determinada pot ser induïda per una altra persona, especialment en situacions de forta implicació emocional: aquest és el cas de *Les folies à deux*, quadre que es caracteritza per la plasmació d'al·lucinacions i activitat delirant compartida.

En determinats grups socials i en situacions concretes, també són freqüents fenòmens de distorsió perceptiva, amb al·lucinacions visuals i auditives de forma col·lectiva: visions d'ovnis, d'imatges sagrades, d'éssers del "més enllà", etc.

Les alteracions més destacades de la percepció en qualsevol camp de l'activitat sensorial són les il·lusions i les al·lucinacions.

Les il·lusions

"Va dir Hamlet: 'Aquest núvol, no és un camell?', i va respondre Poloni: 'Efectivament, un camell'".

W. Shakespeare

La il·lusió és una interpretació errònia d'una experiència sensorial. Poden aparèixer en diferents circumstàncies: per manca d'atenció, per excés de tensió emocional o afectiva, o bé provocades per un mateix o per un altre.

Així, amb tota l'atenció posada en la lectura d'un llibre, podem creure que algú ens ha cridat, quan en realitat no ha estat altra cosa que el soroll de la TV; l'ansietat o la por ens pot fer pensar que hem vist una persona que volem o no volem veure pel carrer; en els jocs de màgia som víctimes també, en aquest cas expressament, d'il·lusions òptiques; etc. L'odi o l'amor també provoquen deformacions en la percepció dels objectes per part de qui en sent.

Cal diferenciar-les de les il·lusions enteses com l'esperança sense fonament, o com l'alegria o l'entusiasme que s'experimenta davant la realització d'un desig.

Generalment les il·lusions es manifesten en persones sanes, i hom té consciència de la irrealitat de la seva percepció; són les relacionades amb la tensió afectiva les que presenten més dificultat per ser objectivades, i per tant les més properes a allò patològic.

Les al·lucinacions

Les al·lucinacions són representacions psíquiques que, subjectivament, assoleixen el caràcter d'una percepció. Es tracta de percepcions sense objecte que són acceptades pel subjecte com a imatges sensorials, i solen ser complexes, estables, intenses, localitzades en un determinat camp sensorial i viscudes i interpretades com a reals.

Les al·lucinacions són freqüents en estats d'intoxicació i en l'esquizofrènia.

La seva existència sovint no és verbalitzada directament per la persona que les percep, sinó que es manifesta a través de la conducta; així, podem veure que el subjecte es tapa les orelles per no sentir insults, agita els braços per foragitar un animal, o es tapa el nas per protegir-se de gasos verinosos, etc.

LA CASA DE FUM. Vaig tractar una dona que va ser ingressada a l'Hospital Psiquiàtric per ordre judicial, després que havia anat a fer diverses denúncies a la policia contra els seus veïns. Quan la vaig visitar per primera vegada, va dir-me: "No necessito cap psiquiatre, no estic boja; exigeixo un advocat, que és l'únic que em pot ajudar i em pot treure d'aquí; si és el jutge qui m'ha portat aquí amb els bojos, el denunciaré a ell".

Al cap d'uns dies, perquè ja hi havia més confiança o potser perquè no li quedava cap més remei, va explicar-me que tenia 53 anys, que vint anys enrera el marit l'havia abandonat, amb dues criatures petites, i que havia lluitat treballant per elles. Es considerava una dona forta, valenta i emprenedora, que havia pogut tirar endavant els fills amb la seva feina, però que no els havia pogut cuidar, i que ells no la reconeixien com a mare. Vivia sola, havia perdut la feina i feia sis mesos que no sortia de casa si no era estrictament necessari. Ja feia temps que sentia els veïns que parlaven d'ella, quan baixava l'escala li deien coses com "no et mereixes viure", "solterona", l'insultaven i se'n reien. Més endavant, tancada a casa, li tiraven fum verd per sota la porta, i si la tapava amb diaris, li feien entrar el fum per altres llocs: pel desguàs de l'aigüera, pel del lavabo, pels panys de les portes...

La dona explicava que el fum li contaminava el menjar, l'aigua i les parets, de manera que tenia tota la casa verda. Sovint havia de llençar el menjar, i darrerament només s'alimentava de llaunes i de menjar preparat. Quan la situació se li feia intolerable i sentia totes les "maniobres" dels veïns, anava a denunciar-los a la policia.

L'afectivitat i els afectes

L'afectivitat és la capacitat natural de l'individu per experimentar i expressar afectes. Els afectes són processos psíquics que proporcionen una determinada qualitat subjectiva a la consciència i matisen les reaccions i la conducta; es basen en la vida instintiva i van lligats a la intel·ligència i a la voluntat. Són reaccions als estímuls del món extern i als del món intern que estan regulades somàticament pel sistema vegetatiu i pel tronc cerebral, i que es manifesten i s'expressen psíquicament i somàticament.

Les reaccions afectives més destacades són: les emocions, els sentiments, les passions i l'estat d'ànim.

Les emocions són estats afectius que comporten una manera subjectiva d'interpretar, viure i respondre a una realitat determinada. Les emocions poden ser sobtades i breus, en resposta a un estímul impactant, com és el cas del "xoc emocional", o bé perllongades i estables, que és quan parlem de sentiments: sentiment amorós, de tendresa, de por, d'ansietat, de ràbia, d'enuig, etc.

La passió és la polarització de l'afectivitat en un únic sentiment, deixant afeblida la voluntat, i fins i tot la capacitat de raonament i de judici. Les passions bàsiques són: l'alegria, la tristesa, el desig i la gelosia. La passió condiciona fortament la conducta, i des de la perspectiva jurídica s'està habituat a parlar de "mòbil passional" quan es fa referència a actes delictius realitzats sota el seu efecte.

L'estat d'ànim configura el to afectiu bàsic amb el qual la persona es relaciona amb el món extern, i expressa aspectes bàsics de la personalitat del subjecte.

Es pot dir d'una persona que és molt emotiva, o irritable, o freda, que té un to bàsic alegre o trist; i tot plegat li dóna una forma especial, peculiar i personal, de relacionar-se.

Els trastorns més significatius de l'afectivitat són la depressió o malenconia i l'eufòria o mania, que poden presentar-se per separat o simultàniament en un mateix subjecte, com passa en els casos de trastorns bipolars, que cursen amb fases depressives i fases maníagues.

La depressió

"La malenconia és un deliri parcial, crònic, sense febre, determinat i mantingut per una passió trista i debilitant".

Esquirol (1772-1840)

En la pràctica clínica, es troben multitud de variants de quadres depressius que tenen com a característica comuna la tristesa vital, amb pèrdua general de l'interès i manca d'energies, la qual cosa produeix un alentiment psicomotor.

De forma col·loquial s'utilitza la paraula depressió per expressar tristesa, encara que aquesta no vagi acompanyada de les característiques clíniques de les síndromes depressives.

Cal diferenciar la depressió de la tristesa "normal" o de les reaccions

de dol que apareixen davant d'una pèrdua. En aquests casos, l'aflicció està relacionada amb una pèrdua real, amb sentiments de tristesa i pèrdua de l'interès per altres temes, i amb aïllament social passatger. Els pensaments estan centrats en la pèrdua, i sovint han de passar mesos perquè la persona estigui en condicions de desenvolupar nous recursos susceptibles d'omplir el buit. Contràriament al que passa en una depressió, l'individu no se sent irracionalment culpable, ni hi ha una disminució de l'autoestima; pot sentir que "s'enfonsa el món", però sap que es recuperarà i que el seu estat és autolimitat.

Les persones que presenten símptomes depressius, en canvi, senten angoixa, por, tensió i culpa. Els pensaments negatius dominen la vida psíquica, amb cavil·lacions i preocupació per conductes antigues, i petits episodis de la infantesa o de la joventut esdevenen greus conflictes que porten a la culpa i a la por del càstig, i amenacen l'amor propi i l'autoconfiança; hi ha una disminució de la son, de la gana i del desig sexual, i la persona deprimida manifesta reduïdes o nul·les ganes de viure i té idees de mort i de suïcidi, que sovint no es veu capaç de portar a terme. Així doncs, no és gens estrany que la major part de suïcidis es realitzin precisament a l'inici de la millora.

L'HOME QUE SENTIA PASSAR EL TEMPS. Es tracta d'un home de 38 anys que demana visita a consultes externes per recomanació del seu metge de capçalera, ja que fa un any que el medica per una depressió i no ha experimentat millora.

El pacient té una petita empresa, que gestionava personalment fins fa un any, però que en el moment de la consulta és portada pel seu germà petit, perquè ell diu que no se sent capaç de fer-se'n càrrec.

Es presenta a la visita tot sol, amb un aspecte "deixat" i amb "barba de tres dies", i assegura que no volia venir perquè sap que ningú no pot fer res per ell. Diu: "Segurament en tinc tota la culpa jo; valdria més no viure, només faig que donar sofriment a la meva dona i als meus fills i, això sí..., sentir com passa el temps".

En el decurs del darrer any ha perdut la gana, s'ha aprimat vuit

quilos i no ha tingut relacions sexuals amb la seva dona, i pateix un insomni resistent als hipnòtics. "Això és el pitjor de tot", explica, "a la nit el temps encara passa més a poc a poc, i el sento a la pell com una cortina de fum que em separa dels altres i del món".

Com a antecedents, destaca un estat semblant als 18 anys: "Em pensava que m'havia de morir, i vaig passar un any terrible; no dormia pensant que si ho feia m'arribaria la mort, i recordo com comptava les hores i com, ja aleshores, sentia passar el temps com si es materialitzés, com ara"

Refereix que la seva mare tenia depressions i que ell, de petit, se sentia culpable, perquè si la feia enfadar es posava encara més malalta. Ocasionalment, en el decurs de l'entrevista, mira a terra, fa llargs silencis i, quan parla, ho fa lentament i amb actitud de defalliment.

Sent que és un mal pare, una càrrega per a la seva família, sent el buit i el fracàs, i diu que ha pensat sovint a suïcidar-se.

La mania

La mania és l'estat psíquic oposat a la depressió; és a dir, un estat d'eufòria, d'exaltació vital i d'alegria.

Contràriament a la depressió, hi ha un sentiment de poder desmesurat, una sobrevaloració de les pròpies capacitats, una exagerada confiança en un mateix, i un augment de l'activitat psíquica i motora que porta cap a una activitat desenfrenada.

La manca d'inhibició i el sentiment de riquesa i poder porten cap a actuacions extravagants, amb transgressió de les normes socials i legals, amb despeses desmesurades i un augment de l'activitat sexual.

És menys freqüent que la depressió, i pot donar-se de forma menys intensa, en el qual cas se l'anomena hipomania.

Cal no confondre-la amb la mania entesa com l'afecció abassegadora per alguna cosa, i tampoc amb la de l'expressió "tenir manies", terme que fa referència a un trastorn mental de caire neuròtic.

Habitualment, la gran desorganització que comporta fa necessària la seva contenció en règim d'ingrés.

LA DAMA DE LES ROSES. Es tracta d'una dona de 35 anys d'edat, que és portada en estat etílic al servei d'urgències per un home i la policia municipal. La dona està molt agitada i intenta agredir l'acompanyant, tot dient-li: "Això podia esperar-m'ho del meu home, però mai m'ho hauria esperat de tu".

L'home explica que va conèixer la pacient fa quinze dies, quan ella havia abandonat marit i fills al domicili familiar, i que ell se'n va enamorar. Li va cridar l'atenció el grau d'optimisme d'ella i el fet que no semblés gaire preocupada per la seva família: sortia, parlava pels colzes i estava sempre contenta i animada. L'apartament on s'havien instal·lat el tenia ple de roses, i ell estava encantat, "era com viure dins d'una pel·lícula o d'una novel·la"; els darrers dies, però, no dormia en tota la nit, portava a casa gent que trobava pel carrer, perquè deia que estaven sols i que ella volia ajudar-los. Va començar a beure alcohol i a dir coses estranyes sobre uns "poders" que tenia per guarir, regalava diners perquè ella no en necessitava "per viure feliç", i en comptes de treballar va dir que volia dedicar-se, a partir d'ara, a ajudar la gent i a exercitar els seus suposats poders.

Quan ingressa a Urgències està molt agitada i llança amenaces perquè la priven de la seva llibertat. Tanmateix, l'endemà torna a estar encantada: s'ha enamorat d'un altre pacient de l'Hospital i tenen previst fugir junts a Madrid i casar-se; està contenta perquè ha descobert que al jardí han florit les roses, i es passa el dia cantant cançons d'amor, curant els altres malalts i regalant roses.

La ciclotímia

Es tracta d'un trastorn en què alternen els períodes o fases depressives i els episodis maníacs. En alguns casos es passa de la depressió a la mania de forma ràpida, sense períodes intercrítics de normalitat, i en altres casos la depressió i la mania es manifesten de forma episòdica, amb interfases de normalitat.

BANQUET ESPLÈNDID, CASORI PETIT. Aquest és el cas d'una dona de 49 anys, actualment mestressa de casa, que a causa de la seva malaltia va haver de deixar un treball qualificat.

Presenta una història clínica de 18 anys d'evolució, amb episodis maníacs, que requereixen ingrés psiquiàtric, i fases depressives, que passa a casa amb tractament ambulatori. Les fases intercrítics de normalitat són curtes, i en aquest període de divuit anys ha ingressat en quinze ocasions.

La pacient té tres fills, majors d'edat, que ja no viuen amb ella, però hi manté una bona relació, excepte quan està en fase maníaca. La relació de parella és de suport i d'ajuda quan la pacient és a casa, encara que el marit de fet s'ha de fer càrrec de tot, perquè ella està desmotivada, apàtica, indiferent i inhibida.

El primer episodi es va presentar quan la pacient tenia 31 anys; llavors portava una vida normal, treballava, atenia els fills i la casa i donava suport a la seva família. Aquell any, un germà més petit que ella, que encara vivia al domicili patern, va marxar inesperadament de casa, i aquest fet va trasbalsar molt els seus pares. Al cap de tres mesos varen rebre notícies del noi des de Mèxic, i pocs dies després el pare es va suïcidar, llançant-se al mar.

La pacient va començar a augmentar les seves activitats, i a descuidar els fills i la casa. Es va apuntar a un curs de ball; parlava molt, explicava a tothom la seva història familiar, i va començar a manifestar-se insatisfeta de la seva vida i del seu matrimoni; sense dir-ne res al marit ni a la família, va fer un pagament per comprar-se un pis, gastava molt en roba i

joies, que sovint regalava a persones pràcticament desconegudes, i va ser ingressada, amb caràcter d'urgència, una nit que va ser trobada per la policia al carrer, mig despullada i oferint-se a tots els homes que trobava. La pacient, sempre que presenta un episodi maníac, vol anul·lar el seu matrimoni i busca un company per fer un gran banquet; sovint el troba, i aleshores escriu targetes de participació, ho fa saber a amics i coneguts i contracta els serveis del millor establiment de la zona; pensa que es mereix un gran banquet i que té únicament un petit casori. Quan la fase cedeix, torna a la seva rutina diària, torna amb el seu marit, i se sent culpable, desmotivada i trista.

El son i els somnis

"-Què són els somnis? Com es forgen?

-Bé..., els somnis són fragments i trossos del material del qual estem fets; el material no objectiu".

G. Bateson

El son és un estat funcional, un període repetit i cíclic de descans, durant el qual la consciència i la voluntat estan suspeses i les funcions orgàniques disminuïdes.

Els somnis són imatges i fenòmens psíquics que es produeixen durant el son i que es manifesten amb un tipus de pensament primitiu; expressen estats complexos, i habitualment es manifesten amb imatges visuals, sota una forma condensada i simbòlica.

Per situar els somnis, cal tenir en compte el dormir. El son forma part del ritme circadiari, on es van alternant períodes de son amb períodes de vetlla. Un terç de les 24 hores del dia correspon al dormir, i la resta a la vigília.

El son és, doncs, un fenomen quotidià, regular i universal, i el somni, com a fenomen acompanyant, ha estat al llarg del temps matèria d'estudi per les diferents cultures, per intentar explicar-lo i utilitzar-lo.

El son

El fet de dormir proporciona un estat de desconexió del món extern i d'absència de pensament lògic-racional. Els darrers estudis neurofisiològics demostren que el son és un procés fisiològic reparador i que s'estructura en dos tipus: el son lent i el son ràpid.

EL SON LENT: Les fases de son lent ocupen el 75% de la totalitat del son, i és l'estat òptim per al repòs i la recuperació, pel fet que hi ha una gran aflluència de sang als teixits i un consum mínim.

En el son lent es poden diferenciar quatre fases successives de menys a més profunditat; en la fase IV es produeix un estat on els moviments són mínims i les funcions vitals estan molt alentides, i si el subjecte es desperta en aquest moment del son, pateix confusió i desorientació temporal-espacial.

EL SON RÀPID O SON REM: S'anomena ràpid o REM (sigla de l'expressió anglesa *rapid eyes movement*) perquè una de les seves principals característiques són els moviments ràpids dels ulls en sentit horitzontal i vertical, a més de la respiració i el pols irregulars, una relaxació muscular total, un augment del flux sanguini cerebral i també de la tensió arterial, i una secreció àcida de l'estómac.

Durant aquesta fase, que ocupa aproximadament el 25% del son, és quan tenen lloc els somnis. Però també és en aquesta fase que són més freqüents les crisis d'angina de pit, els infarts de miocardi, l'acidesa gàstrica, els accidents vasculars cerebrals, etc.

Durant la nit es produeixen, de forma cíclica i alternant, períodes de son lent (75%) i altres de son ràpid (el 25% restant), que duren uns 100 minuts. El cicle es repeteix quatre o cinc vegades cada nit, en una persona adulta; el patró del son dels nens i dels vells varia.

Els somnis

L'estructura dels somnis i la seva organització tenen les seves pròpies lleis, que alhora són diferents de les del pensament de la vetlla.

Des de sempre, el son i els somnis han estat una gran incògnita de la naturalesa humana, i les diferents civilitzacions i cultures han intentat indagar i esbrinar "què són", i especialment "què signifiquen".

Aristòtil ja es preguntava si la raó del somniar "és exterior a nosaltres i depèn de la divinitat" o bé si "existeix alguna causa interna que predisposa la nostra ànima cap a un cert estat que origina de forma natural els esdeveniments". Artemidor, en el segle II, escriu la seva *Interpretació dels somnis*, on intenta recollir les teories que prevalen a la seva època, com també tota la simbologia que permet interpretar els somnis i donar-los un significat premonitori o endevinatori. També recull les doctrines màntiques de l'antiguitat, i exposa que "qui porta una vida honesta i adreçada al bé no té malsons ni cap altra mena de representació irracional, sinó únicament visions oníriques".

Abans d'Aristòtil, els somnis eren considerats d'inspiració divina, i ja es diferenciaven dues menes de somnis: els veritables i valuosos, enviats com a advertència o revelació, i els banals, enganyosos o fútils, amb el propòsit de desorientar o causar la pèrdua del subjecte.

Durant l'Edat Mitjana i el Renaixement s'evidencia, a través de la literatura i d'altres manifestacions artístiques, l'interès que originen els somnis i la proliferació d'oniromants que hi havia en aquests períodes de la història.

Les hipòtesis modernes es basen en les teories de Freud, Jung i Adler, enriquides amb les aportacions psicofisiològiques.

Alfred Adler dedica un capítol del seu llibre *El sentit de la vida* als somnis; hi exposa el predomini de les imatges visuals, critica les teories freudianes i defensa que el son i els somnis són variants de la vetlla, i que el seu contingut és una variant de la totalitat de la personalitat del subjecte; manifesta que hi ha un contingut exogen, anomenat per Freud "restes diürnes", i un material intern que prova de donar resposta a conflictes i busca solucions per arribar al "sentiment de comunitat", fita de tot individu que ha adquirit la maduresa, per bé que amb restes de material relacionat amb l'estil de vida infantil.

Adler està convençut que els somnis no es poden interpretar, però tanmateix els dóna un significat: els somnis d'angoixa reflecteixen un accentuat temor al fracàs; els somnis de caigudes —els més típics de tots— revelen la por de perdre el sentiment del propi valor; els somnis de vol s'observen en persones ambicioses, com a sediment del seu afany de superioritat, del seu anhel de realitzar alguna cosa que els col·loqui per sobre dels altres; i conclou amb aquesta frase: "L'home sap més del que comprèn", tot argumentant que la persona entén molt poc el seu propi objectiu, malgrat perseguir-lo contínuament i estar sotmès i lligat a ell.

Carl G. Jung, en els capítols II i III de *Psicologia i alquímia*, parla dels somnis iniciàtics i del significat dels *mandales* en els somnis; amb l'anàlisi de 59 somnis i de llur simbologia, argumenta que existeixen continguts psíquics que no pertanyen a la "personalitat del Jo", sinó a un "non ego" psíquic universal; relaciona els arquetips de l'inconscient amb els dogmes religiosos i amb el simbolisme alquímic, afirma amb èmfasi que "cal reconèixer a l'ànima una realitat que no som capaços de comprendre pels mitjans intel·lectuals de què disposem", i pretén demostrar que els símbols onírics giren al voltant del que ell anomena "imatges primordials" i "tipus centrals", que alhora configuren les bases de les religions i de les cultures.

Sigmund Freud, per la seva banda, dedica una gran part de la seva obra a explicar, estudiar i interpretar els fenòmens onírics. Freud afirma que en el somni els pensaments són substituïts per al·lucinacions, i que durant

els somnis "es dramatitza una idea"; exposa quins són els estímuls i les fonts dels somnis, explica per què s'obliden els somnis en despertar i teoritza sobre la funció psíquica dels somnis, que ell defineix com una temptativa de realització de desitjos inconscients, atribuint-los una força curativa i derivativa. Sosté, així mateix, que els somnis es poden interpretar, i desenvolupa un mètode d'interpretació onírica. També fa referència a somnis típics, com són els de vol, aquells que representen la mort de persones estimades, els d'examen, etc.; en fa una interpretació i els atribueix un significat inconscient.

Trastorns del son

Els trastorns més importants del son els constitueixen l'insomni i les hipersòmnia, que alhora poden ser orgànics —acompanyant alteracions somàtiques— o psicògens.

L'INSOMNI: L'insomni és una alteració molt freqüent del son: es diu que un 15% de la població en pateix regularment, i que tothom en un moment o altre de la vida en pot tenir, especialment en aquelles situacions que són font d'ansietat o de desordre emocional.

De manera molt general, podríem establir-ne quatre tipus:

- ocasional: va lligat a esdeveniments específics, i cedeix quan desapareix l'estímul.
- el relacionat amb alguna patologia orgànica.
- el que acompanya les malalties mentals.
- el subjectiu o fals insomni.

LES HIPERSÒMNIES: El fet de dormir molt s'associa al de tenir bona salut, però dormir massa sovint és senyal de malalties orgàniques o d'estats psíquics amb predomini de la inhibició, o també d'estats psicològics en què es té tendència a utilitzar el son com un mecanisme adaptatiu o de defensa davant determinats conflictes.

Un quadre molt característic és la narcolèpsia, que és una crisi d'hipersòmia d'aparició brusca que té una durada de 5 a 15 minuts, es fa impossible despertar el subjecte i en l'EEG s'evidencia un registre com el que correspon al son ràpid; és una anomalia considerada de predomini hereditari que solament es presenta en individus del sexe masculí, i sovint va acompanyada de pèrdua sobtada del to muscular —cataplexia— i d'al·lucinacions visuals o auditives.

El suïcidi

"Únicament existeix un problema filosòfic seriós, que és el suïcidi. La tasca més important de l'home és respondre a la manca aparent de significat de la vida, la seva desesperança i la seva absurda qualitat".

A. Camus.
Le mythe de Sisyphe

El suïcidi no es pot abordar solament en termes mèdics o psicològics, sinó que cal considerar-lo i entendre'l com un estat crític en el qual intervenen factors socials, psicològics, filosòfics, existencials i ètics.

L'acte suïcida provoca multitud de preguntes que sovint no tenen resposta, ja que el fet que els éssers humans, orientats com estan cap a la vida, es mostrin autodestructius, hostils o obertament suïcides obeeix una gran complexitat d'estats motivacionals conscients i inconscients. Per tant, no es poden donar respostes senzilles a decisions humanes tan complicades.

Si analitzem unes quantes morts per suïcidi, podrem veure que, en l'autòpsia psicològica que es realitza repassant els últims esdeveniments en la vida del suïcida, entrevistant les persones més significatives per a ell i estudiant la seva conducta, es fa evident que les possibles motivacions són molt diferents: en un cas podríem pensar que la persona fugia del dolor; en un altre que s'ha produït un acte impulsiu després d'una baralla; un altre

tenia por de tornar-se boig; l'altre potser esperava retrobar un ésser estimat mort recentment, etc.; però en tots els casos existeix una angoixa viscuda com a insuportable i un intent de fugir d'aquest estat, i per tant l'ajuda que se'ls pot oferir està relacionada amb el fet de reduir el terror de les pressions externes i internes i incrementar els recursos personals perquè trobin una sortida satisfactòria i adaptada a la realitat.

Cal tenir present que fins a l'any 1961 no es va despenalitzar el suïcidi a la Gran Bretanya, i que els actes suïcides han estat fins fa poc castigats per la llei i proscrius per l'església. Les dades estadístiques són poc fiables, ja que molts dels suïcidis han estat considerats accidents per tal de salvar el bon nom i l'honor de les famílies.

No deixa de ser significatiu que les dades de què disposem mostrin que habitualment hi ha més suïcidis entre els homes que entre les dones, que és més freqüent en la població jove que en l'adult, que l'especialitat mèdica que dona la taxa més alta de suïcidis és la psiquiatria, que a Itàlia i a Espanya l'índex de suïcidis és més baix que a Finlàndia, Suècia, el Japó o Alemanya, i que darrerament augmenta molt el nombre de suïcidis entre les persones que pateixen una malaltia terminal. Malgrat tot, el principal factor de risc és el trastorn psíquic, especialment els trastorns afectius, l'abús del consum d'alcohol i de drogues i l'esquizofrènia.

Altres factors són el divorci, la separació, l'atur, la vida en soledat i el dol recent.

Sovint el sentiment principal de la persona amb ideació suïcida és l'ambivalència; per tant, habitualment ens trobem amb gestos suïcides o temptatives de suïcidi que no arriben a la seva finalitat, ja que l'ambivalència afectiva es mou entre el desig de mort i de fugida i el de canvi i salvació.

A. Fredman i els seus col·laboradors creuen que cal desmitificar un seguit de males interpretacions respecte del suïcidi que dominen gran part de la població i que encara comparteixen molts professionals, per la qual cosa cal tenir present els següents punts:

—El suïcidi no es produeix gairebé mai sense avís previ: de cada deu persones suïcidades, vuit havien avisat clarament de les seves intencions; per tant, parlar del suïcidi no preserva de l'acte.

—La majoria de les persones suïcides estan poc decidides entre viure o morir.

—Els pensaments i desitjos suïcides no són per sempre, sinó temporals.

—La millora després d'una crisi no vol dir que hagi desaparegut el risc de suïcidi.

—El suïcidi es dona a tota la societat, i no és una malaltia de rics ni una maledicció dels pobres.

—El suïcidi no s'hereta, sinó que respon a un patró individual, encara que sovint la marca del suïcidi és present en diverses generacions de la família de la persona que l'ha consumat.

—No totes les persones que se suïciden són malalts mentals, ja que, si bé la persona suïcida és temporalment infeliç i es troba alterada, aquest estat no indica necessàriament trastorn mental.

ACOMPLIMENT PROFÈTIC. Es tracta d'una dona de 49 anys, mestressa de casa, casada i amb tres fills, de 27, 26 i 21 anys. Se li ha diagnosticat Depressió Recurrent amb símptomes somàtics, que li va despuntar després d'haver tingut el primer fill, a l'edat de 22 anys.

En el curs de la malaltia ha realitzat 12 temptatives de suïcidi, amb ingesta de fàrmacs o per secció venosa, que han fet necessària la intervenció en règim hospitalari.

Com a antecedents familiars, destaca la mort per autòlisi de l'avi matern, de la mare i d'una tia materna. L'avi es va penjar als 60 anys, després de la pèrdua de la seva dona, que va morir a causa d'una malaltia crònica i incapacitant; la mare va morir per ingesta de salfumant en el curs d'un quadre depressiu, quan la pacient tenia 7 anys; i la tia materna, que havia assumit el rol de mare de la pacient, va morir també per ingesta de salfumant, després d'haver-se separat del marit.

Durant el tractament, la pacient es mostra inhibida i defuig el

contacte social; es vesteix amb roba vella, i la seva expressió facial i corporal denota una gran tristesa; no pot assumir les feines domèstiques, i va sovint a diferents especialistes perquè pateix diversos dolors i molèsties somàtiques.

Diu que sap que aconseguirà morir-se igual que els seus familiars, i pensa que si encara no ho ha aconseguit és perquè no té ànims per fer-ho "com cal".

La família es mostra molt incapaç, ambivalent i desanimada respecte al futur de la pacient: "Ja no sabem si és millor vigilar-la o deixar-la estar", "potser si ho fa bé estarà més tranquil·la, ella i nosaltres", "sabem que morirà quan ho faci com la mare i la tia"...

Finalment, la pacient va morir per ingesta de salfumant i en el curs d'una aparent millora del seu quadre psicopatològic.

EL FUGITIU. Es tracta d'un home de 35 anys que ha passat llargs períodes d'hospitalització, amb un quadre psiquiàtric greu diagnosticat com a Esquizofrènia Paranoide.

La malaltia se li va manifestar per primera vegada als 19 anys, quan iniciava estudis universitaris; llavors vivia fora del seu domicili habitual i estava enamorat platònicament d'una companya de curs.

Els primers símptomes varen anar aflorant acompanyats del fracàs en els estudis i de greus dificultats relacionals. Sentia que tothom s'aprofitava d'ell, pensava que la conducta dels altres tenia per objectiu arruinar-li la vida, no podia dormir perquè li posaven "coses a l'aigua", i... va intentar suïcidar-se per posar fi a aquest infern.

Va tornar amb la família i va abandonar els estudis.

En el decurs d'una crisi d'agitació va ser portat a un servei d'Urgències, on li van aplicar un tractament injectable. A partir d'aquest episodi el pacient deia que li havien canviat la sang i que li havien injectat un líquid per convertir-lo en malalt.

Sovint es queixava de descomposició dels ossos, i deia que el cervell se li anava desintegrant a poc a poc, que se li deformava la cara i el cos i que havia d'estar sol i aïllat, ja que si tenia contacte amb altres persones, es deformaven i descomponien com ell.

Més endavant presentava al·lucinacions visuals i auditives; explicava que la seva àvia i una cosina mortes el visitaven sovint, i que volien que anés amb elles.

Sovint fugia de casa seva o de l'hospital per allunyar-se de la mort, que el cridava, o demanava alguna cosa per morir i posar fi al patiment.

En un episodi de descompensació aguda, el pacient va fugir del domicili, es va tirar a la via del tren i va morir atropellat.

TERCERA PART

La formació del símptoma

"Has arribat a tal grau d'abaltiment que no et sents bé sinó en el teu mal? En aquest cas, fugim vers els països que són les analogies de la Mort".

Charles Baudelaire

L'experiència humana es configura gràcies a la intervenció de factors psicològics, biològics i socials. Els diferents models per explicar la formació de símptomes sovint prioritzen alguns d'aquests aspectes, encara que caldria suposar que cap d'ells no preval sobre els altres, i que es desenvolupen simultàniament i de forma integrada.

De manera molt general, podríem dir que les persones han d'elaborar significats i disposar d'un seguit de recursos que permetin organitzar l'experiència i configurar una identitat de manera que l'individu disposi d'una representació del món i d'una autorepresentació pròpia.

La conservació del sentiment d'identitat de la persona, acompanyat de la capacitat de construir la pròpia realitat en funció del coneixement i de les experiències prèvies, adequant-los als requeriments socials i culturals, permeten donar suport a sentiments de benestar i de felicitat, i enfrontar-se a situacions de dolor i de patiment com un episodi necessari per l'acompliment del seu pla de vida.

La simptomatologia, derivada del malestar, pot aparèixer quan hi ha sentiments amenaçadors, si hom troba desplaent la pròpia vida, si no es veu cap sentit al sofriment i quan un es forma representacions negatives de la pròpia realitat; aleshores apareixen el trastorn, la pertorbació, la disfunció o la malaltia.

Cada individu té dispositius específics que li permeten realitzar avaluacions variables en els diferents moments de la vida i que poden abocar a la salut o a la malaltia.

La psiquiatria i la psicologia, que estudien i tracten els trastorns i les disfuncions de la conducta i de l'experiència humanes, disposen de diferents mitjans per detectar-les, és a dir, per diagnosticar-les; però l'eina bàsica és l'entrevista. De fet, l'entrevista individual, familiar o grupal és l'instrument diagnòstic i terapèutic més important, acompanyat dels tractaments biològics, les proves psicològiques, etc.

A grans trets, podríem dir que les disfuncions psíquiques es poden manifestar amb predomini de les expressions psicològiques, biològiques o socials, la qual cosa fa que es presentin de forma diferent i que calgui un abordatge específic en cada cas:

—Quan hi ha predomini de símptomes psicològics com ara la por, la tristesa, l'ansietat, el malestar i sentiments conscients de desplaer, habitualment l'individu busca ajuda en serveis o professionals de la Salut Mental.

—Quan dominen els símptomes biològics com la pèrdua de pes, l'insomni, la taquicàrdia, el dolor, les suors o el mareig, etc., normalment es busca ajut en el metge de capçalera o en diferents especialistes. En aquests casos, cal que els professionals disposin de recursos per detectar-los i per derivar-los.

—Quan són preponderants les alteracions socials, com la inadaptació, les conductes dissocials o l'agressivitat, habitualment l'individu no vol que se l'ajudi, i hi ha d'intervenir la família, o bé altres agents socials —assistents socials, educadors, mestres o jutges—, que han de disposar d'eines adequades per facilitar una intervenció dels Serveis especialitzats.

El senyal d'alerta que es presenta amb més freqüència és l'Ansietat, i la patologia que requereix intervenció especialitzada inclou les Depressions, les Neurosis i les Psicosis.

L'ansietat

L'ansietat és una pertorbació psíquica que es caracteritza per un estat d'extrema inseguretat i inquietud.

"Ansietat" té la mateixa arrel etimològica que "ànsia", que vol dir 'desig vehement per alguna cosa', i també s'utilitza de forma col·loquial per expressar 'desig passional'.

L'ansietat com a pertorbació psíquica és molt freqüent, i es pot considerar universal davant de determinades situacions que signifiquin un repte: un accident, una catàstrofe, una prova, un perill, etc.

La diferència fonamental entre l'ansietat normal i la patològica és que en el primer cas és una reacció davant d'un perill real i conegut, mentre que l'ansietat patològica és la reacció davant d'un perill psíquic inconscient, és a dir, que s'origina davant la por que desperten fantasies inconscients i per tant desconegudes pel subjecte.

L'ansietat es manifesta sovint en forma d'angoixa, i podríem dir que l'ansietat és l'alteració psíquica i l'angoixa el seu acompanyant somàtic.

Així, es pot definir l'angoixa com un malestar físic i psíquic, determinat per la impressió d'un perill imminent indeterminat, davant el qual apareixen sentiments d'impotència. Habitualment es manifesta amb una sensació d'opressió i falta d'aire, junt amb una percepció de mort imminent. L'angoixa va acompanyada de trastorns de la son, irritabilitat, astènia i trastorns neurovegetatius diversos: dispnea sospiroso, taquicàrdia, dolor precordial, constricció faríngia, nàusees, vòmits, epigastràlgies, estrenyiment o diarrea, suors, tremolors, sequedat de boca, parestèsies, cefalea, etc.

L'ansietat es pot considerar una síndrome quan acompanya depressions, neurosis, psicosis o malalties orgàniques, i una entitat clínica quan apareix en forma de crisi, com els atacs de pànic o les crisis d'angoixa.

Les crisis d'angoixa poden presentar-se com a primera manifestació d'un quadre clínic o bé en el decurs d'un estat d'angoixa generalitzada. Habitualment es presenten de forma sobtada de dia o de nit i tenen una durada de 15 a 30 minuts.

Les neurosis

El terme "neurosi" va ser utilitzat per primera vegada en el segle XVIII per definir afeccions nervioses, fisiològiques i generalitzades, sense febre ni cap lesió orgànica detectable.

Posteriorment, han estat molts els autors que han intentat definir aquests trastorns i descriure'ls, com també investigar sobre la seva etiologia.

Actualment les neurosis són considerades un trastorn mental caracteritzat per desordres funcionals que no exclouen un possible component orgànic, uns trets de personalitat comuns i una simptomatologia que es pot manifestar amb més o menys gravetat en funció dels factors socials i familiars del subjecte.

Les neurosis, el símptoma més rellevant de les quals és l'angoixa, estan considerades més lleus que les psicosis, perquè no hi ha un canvi radical en la interpretació del món extern; és a dir, que malgrat el gran patiment psíquic que comporten, no hi ha un trencament en el judici de la realitat, i les relacions interpersonals estan més conservades.

Molt sovint les neurosis es manifesten en situacions de frustració, patiment o decepció, com ara dificultats laborals, pèrdues, desenganys amorosos, etc, i molt especialment en períodes crítics del cicle vital, com l'adolescència, l'entrada a l'edat adulta i l'inici de la involució; però també cal tenir present que la majoria de persones passen per aquests esdeveniments sense presentar clínica neuròtica, la qual cosa fa pensar en

l'existència d'una estructura de la personalitat amb trets neuròtics i de factors orgànics que facilitin l'aparició d'un quadre neuròtic.

Des de la perspectiva psicològica, podríem dir que les neurosis no són categòriques, sinó dimensionals, això és, que hi ha persones amb un grau més alt de neuroticisme i d'altres amb un nivell baix; és a dir, que les diferències són quantitatives, i no pas qualitatives; per tant, qualsevol persona podria arribar a presentar símptomes neuròtics si els esdeveniments ambientals representessin una amenaça suficient per a ella i trenquessin o fessin fracassar els seus mecanismes de reequilibri.

El fet de disposar de més o menys recursos depèn del desenvolupament infantil, de les experiències prèvies i del marc socio-familiar del subjecte. Habitualment, la personalitat neuròtica és fràgil, dèbil i insegura, i la concepció del món extern és de frustració i amenaça, la qual cosa repercuteix en les relacions interpersonals i en la resolució dels conflictes.

Sigmund Freud i l'escola psicodinàmica han fet grans aportacions a la comprensió de l'estructura psíquica i de la formació de la personalitat, analitzant detalladament els mecanismes de defensa que activa el subjecte davant els conflictes als quals s'ha d'anar enfrontant durant el seu desenvolupament infantil, d'on resulta un patró defensiu propi que configura la personalitat i el grau de neuroticisme de l'individu.

És en funció de l'estructura de la personalitat i del patró defensiu que es manifesten els símptomes neuròtics, de manera que es distingeixen els següents tipus diferents de neurosi: d'ansietat, fòbica, obsessiva, histèrica i depressiva.

Els símptomes principals de l'ansietat i l'angoixa i de les depressions han estat ja exposats en altres capítols; aquí, doncs, exposarem i exemplificarem la fòbia, l'obsessió i la histèria.

Neurosi fòbica

"Surt al balcó, és cert, però no surt a fer-hi un passeig. Tan aviat com arriba a la porta del carrer, torna endarrera ràpidament".

S. Freud.
El petit Hans

El terme "fòbia" s'utilitza habitualment per expressar 'aversió', com és el cas de "xenofòbia" o "cancerofòbia".

En terminologia psiquiàtrica i psicològica, la fòbia és una por irracional, excessiva i persistent envers objectes o situacions que objectivament no són perillosos; el subjecte no pot donar-hi un significat racional, car la resposta està fora del seu control voluntari, i no té altra opció que evitar l'objecte o la situació motiu de la seva fòbia.

La simptomatologia fòbica és, doncs, l'evitació, l'ansietat, la por irracional i la utilització d'objectes o persones reasseguradors, això és, que li donin tranquil·litat i seguretat, apartant i eliminant l'angoixa. Les persones amb símptomes fòbics es troben amb la seva àrea d'acció limitada i incapacitades per a totes aquelles activitats en què intervenen estímuls fòbics.

Els estímuls fòbics són molt variats, i simbolitzen un conflicte intern inconscient. Així, trobem fòbia a les altures —acrofòbia—, als animals —zoofòbia—, als espais tancats —claustròfòbia—, als espais oberts —agorafòbia—, a la sang —hematofòbia—, etc.

Les fòbies apareixen en aquells subjectes que tenen de manera predominant, entre els trets de la seva personalitat o caràcter, l'evitació i la inhibició, que mostren una preocupació excessiva per la pròpia seguretat i que interpreten alguns fets trivials com una amenaça personal.

Els mecanismes de defensa més utilitzats són el Desplaçament i la Simbolització, la Projectió, la Negació i l'Evitació.

El desplaçament és un mecanisme que permet transmetre l'afecte o l'emoció d'una representació interna cap a un objecte extern que, gràcies a la simbolització, es manté lligat al conflicte, però de forma emmascarada. Freud, en l'exposició d'un cas de fòbia envers els cavalls en un nen de cinc anys —el cas Hans—, exemplifica el desplaçament i la simbolització cap als cavalls de la figura paterna.

A través de la negació dels sentiments i dels impulsos, el pacient fòbic elimina l'ansietat projectant-la cap al món extern i cap als altres.

Totes aquestes defenses són mecanismes auxiliars per aconseguir l'evitació, delimitar l'ansietat a una situació específica que es pugui evitar, i així, simbòlicament, limitar el patiment psicològic.

Sovint, tot i podent evitar l'objecte fòbic i consegüentment haver d'afrontar els seus conflictes, la persona amb neurosi fòbica no és capaç d'evitar l'ansietat anticipatòria que li produeix pensar què passaria si entrés en la situació fòbica. Així doncs, són aquest temor i aquest patiment que moltes vegades la porten a demanar ajuda.

LA NENA DE LES MOSQUES. S. C. és una nena de 9 anys que es presenta amb la mare a demanar tractament perquè, d'un temps cap aquí, la nena manifesta una por excessiva als petits animals.

La família sempre havia observat que la nena s'espantava davant les bestioles. Tenien el costum de passar els caps de setmana i les vacances en un càmping, i ja feia temps que havien d'inspeccionar minuciosament la tenda, flitar-la i assegurar a la nena que no hi havia cap cuca, perquè estigués tranquil·la i pogués agafar el son.

Darrerament, ja dos dies abans de marxar, la nena estava irritable i

neguitosa, i la seva ansietat i les seves rebequeries varen anar augmentant a mesura que s'acostava el moment de la partida.

L'actitud dels pares davant les crisis fòbiques de la nena és d'intentar tranquil·litzar-la, parlar amb ella per entendre els seus temors i, finalment, renyar-la i castigar-la, ja que creuen que espatlla les oportunitats de la família per disfrutar d'unes hores de lleure.

Inicialment S.C. tenia por de les aranyes i dels mosquits, però últimament les pors s'han diversificat, i ara també s'altera davant de les mosques, la qual cosa porta problemes a casa i a l'escola. No pot anar sola al lavabo, ha de dormir acompanyada i se la veu en estat d'alerta, trista i preocupada pel que li passa.

S.C. és una nena llesta i desperta, amb un bon rendiment escolar, però darrerament té dificultats, perquè els altres nens es burlen de la seva por a les mosques.

En l'entrevista psiquiàtrica, el pare —que ha accedit a acudir-hi després d'haver-s'hi negat repetidament— es mostra dur i autoritari. Pensa que a la nena li passarien les "tonteries" si la muller no fos tan consentidora i li clavés un "bon parell de bolets". Parla del seu fill de 4 anys, que és fort i valent "com cal".

La mare, que està trista i deprimida, ve a les visites vestida de negre i amb un aspecte descuidat. Explica que ella va deixar de treballar poc després de casar-se, ja que fins aleshores el seu pare havia d'acompanyar-la cada dia a la feina i anar-la-hi a buscar perquè tenia por, i el marit, un cop casada, no va voler acompanyar-la i es mofava de les seves pors. Va quedar embarassada molt aviat i va passar un embaràs terrible, ple de temors per la salut de la filla que portava al ventre.

Neurosi obsessiva

"No podia evitar tenir pensaments confusos que li trencaven el cor. Per tant, treballava ferotgement per evitar pensar, encara que tot li resultava molt difícil".

*"La jove malvada"
Llibre de casos. DSM III-R*

La principal característica de les neurosis obsessives és la presència d'idees, paraules o imatges que s'imposen al pensament amb independència de la voluntat i que produeixen ansietat i malestar. Aquests pensaments porten a actes, tampoc no desitjats pel subjecte, que anomenem "actes compulsius".

Els temes obsessius són molt variats, però molt sovint tenen a veure amb la religió, l'ètica, la mort, la neteja, el contagi, les malalties, etc.

Una de les manifestacions més habituals és el dubte obsessiu: la persona es veu abocada a reflexionar si el que ha fet és o no correcte, sense arribar a trobar mai la seguretat dels seus actes, la qual cosa l'obliga a repetir-los per tal de sentir-se momentàniament tranquil·la.

La conducta compulsiva esdevé una mena de ritual màgic per allunyar l'ansietat i per evitar desgràcies fantasiejades pel subjecte, i sovint, a mesura que avança la malaltia, els rituals van ocupant espai fins a limitar molt la vida de la persona.

Els individus amb trets de personalitat obsessiva o anancàstica són puntuals, prudents i rigorosos pel que fa a les convencions socials; molt dependents i insegurs, habitualment deixen decidir a la parella, als pares, als companys de feina, etc; es mostren ambivalents, meticulosos, amb tendència a l'ordre i a la neteja, autocontrolats, i defugen les situacions on s'han d'expressar emocions, sentiments o afectes.

Cal tenir present que alguns dels trets de la personalitat obsessiva són valorats socialment, malgrat que la seva funció real sigui defugir l'ansietat i reassegurar el subjecte enfront d'impulsos inconscients de caire hostil i agressiu.

Les neurosis obsessives es presenten en aquelles persones amb personalitat obsessiva prèvia, és a dir, en persones meticuloses, rígides i endreçades, que tendeixen a expressar poc les seves emocions i a evitar, més que la por i la ira, les manifestacions de cordialitat i tendresa.

Els mecanismes de defensa que s'utilitzen i que configuren la simptomatologia són: l'Anul·lació, l'Aïllament i la Formació reactiva.

L'anul·lació és un mecanisme psíquic que consisteix a buidar de significat allò que inconscientment neguiteja. Per aconseguir aquest objectiu, es posen en marxa recursos que contrarestin, de forma màgica, aquells impulsos, pensaments o desitjos vinculats a representacions destructives que inconscientment es viuen com a omnipotents. Els actes compulsius tenen aquesta finalitat anul·ladora; semblantment, moltes pràctiques lligades a la superstició tenen també aquest significat, com les paraules màgiques per desfer una maledicció, per allunyar un perill, etc.

L'aïllament consisteix a separar una representació mental agressiva dels seus afectes: la persona neuròtica permet que la representació hostil sorgeixi a la consciència, però desvinculada dels propis sentiments i per tant viscuda com a estranya, sense sentit i aliena. Es com si l'obsessiu provés de sentir amb la ment: vol pensar, més que sentir, i utilitza la seva intel·ligència per defugir les emocions.

La formació reactiva és un mecanisme que comporta actes, sentiments i desigs diametralment oposats als impulsos reprimits; així, l'ordre, la neteja, la puntualitat i l'obediència respondrien a desitjos d'agressivitat, repte, tossuderia i desordre del neuròtic obsessiu, que viu amb un gran temor inconscient de perdre el control.

SABATES VELLES. M. F. és una noia de 27 anys, casada i separada fa un mes, a causa de les seves "manies".

Ve a la consulta acompanyada de la mare, una dona encara jove i atractiva, que minimitza els problemes de la filla, dient que ella també havia patit una situació semblant i que havia pogut superar-la.

La noia es mostra col·laboradora i complaent, i manifesta que se sent desvalguda i deprimida, que té sentiments de fracàs i que pensa en el suïcidi com a única sortida.

Exposa que ja de petita era tímida i discreta, que les seves poques amigues sempre eren més fortes que ella, i sovint se sentia inferior i obligada a obeir. Era estudiant i endreçada, i va iniciar estudis de medicina, però els va abandonar perquè li venien al cap "pensaments horribles": "Sentia que em passava alguna cosa", explica, "pensava que mai podria ser metge i ajudar la gent...", em venien al cap paraules com 'avortament', 'incisió', 'ferida' i 'contagi'...; vaig deixar-ho perquè em pensava que embogiria".

Va deixar els estudis i es va posar a treballar a l'empresa familiar; al cap de poc temps va conèixer un noi estranger i van festejar a distància, sense problemes aparents, i mantenint només com a símptoma una excessiva neteja, que ella justificava pel fet de treballar amb productes alimentaris.

Es va casar i va anar a viure al país del seu home. "La primera nit ja va ser un desastre; em va venir al cap altra vegada 'ferida' i 'contagi', i vaig saber que el meu matrimoni seria un fracàs..."

A través del marit va trobar feina en un gabinet mèdic, i els símptomes varen agreujar-se-li una mica més. Havia de rentar la roba a mà i peça per peça, per la por al contagi, i defugia les relacions sexuals: "Tenia terror a quedar embarassada"; comprava la roba sense emprovar-se-la, per por de contagiar o contagiar-se, i no es podia comprar sabates perquè les considerava molt perilloses, però al mateix temps sentia per elles una

atracció estranya i ambivalent, que la feia aturar-se davant les sabateries i passar hores de dubte: "Volia entrar i comprar-ne unes, però sabia que mai no ho aconseguiria; em moria de vergonya de dur les sabates tan velles".

Finalment va tornar a casa, on va ser ben rebuda, malgrat el fracàs, i va pensar que amb ajuda potser podria vèncer les seves "manies".

Neurosi histèrica

El mot "histèria" ve del grec "hystera", que significa 'úter' o 'matriu', i en la història de la medicina aquest trastorn està lligat al gènere femení i al sexe.

L'aparatositat de les manifestacions clíniques va fer pensar en un origen somàtic de caire neurològic, i varen ser els neuròlegs Charcot i Babinski que, a final del segle passat, varen atribuir a aquest trastorn una etiologia fonamentalment psíquica i relacionada amb l'autosuggestió. Posteriorment Freud, amb l'estudi del cas d'Anna O., sustenta aquesta hipòtesi i manifesta que la base dels símptomes histèrics és la repressió inconscient de sentiments, desitjos i temors assentats en un esdeveniment viscut com a traumàtic.

Si bé la simptomatologia pot ser molt variada —es parla sovint de diferents tipus d'histèria: de conversió i dissociativa—, els símptomes són l'expressió del conflicte i d'un determinat patró defensiu que configura una personalitat histriònica prèvia.

Una de les manifestacions més rellevants de la histèria són les crisis neurovegetatives, motores i sensorials, que s'anomenen també crisis conversives, ja que són el resultat de la conversió de conflictes inconscients en un llenguatge corporal. Amb el mateix significat poden presentar-se altres manifestacions motores i sensitives, com les contractures o les paràlisis i les anestèsies, parestèsies o hiperestèsies.

Com a símptomes de presentació més psicògena, destaquen els símptomes dissociatius, que són aquells que, tot i formant part de la conducta i de la vida del subjecte, són viscuts com a aliens: així poden aparèixer estats de despersonalització, amnèsia histèrica, fugues, doble personalitat i estats d'accés o trànsit.

Un dels trets més característics de la personalitat histèrica és l'autodramatització o histrionisme, això és, una presentació efectista i exagerada de les emocions, amb manifestacions de simpatia i expressivitat verbal, que comuniquen equilibri i confiança, encara que amb reaccions de disgust i intolerància davant de petites frustracions.

El subjecte sedueix per obtenir admiració, protecció i afecte, mogut per una finalitat egocentrista, i estableix relacions amb molta facilitat, però sovint són superficials, inconstants i inestables.

Habitualment hi ha labilitat emocional i tendència a l'actuació, és a dir, a convertir els conflictes interns en manifestacions externes; i darrera una actitud de debilitat, dependència i necessitat dels altres, s'hi troben l'autoritarisme i la necessitat de manipular i controlar els que l'envolten. Hi ha erotització de les relacions socials i, paradoxalment, una gran dificultat per portar a terme una vida sexual activa i madura.

En les neurosis histèriques, destaca la utilització de la Repressió, la Regressió, la Simbolització i el Desplaçament, la Introjecció, la Projecció, la Idealització i la Formació reactiva, amb una escadussera capacitat per a la Racionalització i per a la Sublimació.

La repressió és un procés actiu que facilita mantenir fora de la consciència una representació o fantasia que resulta inacceptable per al subjecte, la regressió es manifesta a través de conductes d'etapes anteriors que han estat font de satisfacció, la simbolització i el desplaçament han estat ja vistos en altres neurosis, encara que en aquest cas l'objecte del desplaçament i de la simbolització és sovint el propi cos.

La introjecció i la projecció són mecanismes que faciliten atribuir als

altres els conflictes, i la idealització i la formació reactiva permeten amagar el conflicte i donar una aparença diametralment oposada —erotització/sedució *versus* frigidesa—.

LA VERGE CASADA. Es tracta d'una dona de 28 anys que es presenta sola a la consulta, molt arreglada i sense cap mostra d'ansietat.

Exposa que l'ha fet venir un metge d'un Servei especialitzat en inseminació artificial, on ella i el seu marit han estat atesos per tal de tenir descendència. ("...entenc que la nostra sol·licitud pot ser un problema per a ell, però no ho és per a nosaltres...").

Manifesta que es va casar als 24 anys amb un home que adora. Durant el festeig va evitar les relacions sexuals, ja que la seva religió no li permet les relacions pre-matrimonials. Es varen casar perquè el seu xicot es moria de gelosia i desig; ella flirtejava amb altres homes, i ell tenia por de perdre-la.

Fa quatre anys que són casats i encara no han pogut tenir cap relació, ja que, davant la possibilitat de realitzar l'acte sexual, a ella li apareix un dolor espasmòdic que impossibilita la penetració. Algunes vegades que han intentat insistir-hi, ella entra en un estat crític que dura de cinc a deu minuts i del qual després no té cap consciència.

Han fet diferents consultes a sexòlegs i ginecòlegs, ha passat per tota mena de proves endocrinològiques i cada 6 mesos li han fet un examen ginecològic; actualment considera que aquesta qüestió no és cap problema per a ella ni per al seu marit, ja que s'estimen i no volen trencar el seu matrimoni; però volen tenir fills, i han pensat en la inseminació artificial com a sortida per als seus conflictes.

Únicament es mostra contrariada quan parla de la negativa del metge a realitzar la intervenció.

En general, totes les neurosis tenen un curs crònic i incapaciten el

pacient per a determinades activitats relacionades amb el conflicte de base. També cal tenir en compte que es presenten reaccions neuròtiques en determinats moments de crisis vitals, que es poden resoldre si el subjecte és conscient del seu trastorn i és capaç de demanar i acceptar ajuda.

Segons A. Bulbena, els factors pronòstics passen per:

- Les característiques de la personalitat pre-mòrbida.
- La gravetat clínica.
- La durada del trastorn.
- L'edat d'inici de la simptomatologia.
- La problemàtica sòcio-familiar.
- Els factors terapèutics.

Les psicosis

"Era el dia més bonic de l'any, i allí, sota un sol magnífic, es bellugava aquell pobre ésser, fet en altre temps a imatge de Déu, rient com un mico, fent amb les seves mans els més fantàstics moviments, com si toqués a l'aire un invisible instrument de corda o com si comptés les fitxes d'algun joc estrany".

Oscar Wilde.

El cas del vigilant Martin

Etimològicament, la paraula "psicosi" ve del grec "psykhé", que vol dir 'ànima', i del sufix verbal -si, que indica acció; per tant, significaria 'animar o donar acció a l'ànima', la qual cosa contrasta amb el seu significat psicopatològic, ja que aquest terme s'utilitza des de final del segle XIX per designar, molt genèricament, aquelles malalties mentals greus caracteritzades per una desorganització total de la personalitat, un trastorn greu del judici de realitat i alteracions de la percepció del pensament i dels afectes.

Així doncs, en les psicosis hi ha una desorganització de totes les

funcions psíquiques, una consciència molt limitada de les pròpies alteracions i una dificultat important per relacionar-se amb un mateix i amb els altres; el resultat és un impediment per fer judicis de realitat adequats al context.

Un aspecte de les psicosis molt característic, i que les diferencia d'altres alteracions psíquiques, és la confusió entre el món extern i el món intern, de manera que el subjecte pot considerar els seus impulsos, les seves fantasies i les seves ansietats proveïdes de realitat externa.

Els símptomes més rellevants de les psicosis són les alteracions perceptives, com ara les al·lucinacions i les idees delirants, que són els que popularment han definit la bogeria i que també es consideren els símptomes positius de les psicosis; com a símptomes negatius, destaquen la inhibició, el desinterès pel món extern, el mutisme, el negativisme i les dificultats per a la pròpia identificació.

Segons Jorge L. Tizón, en les relacions entre bogeria i cultura apareixen clarament dos aspectes:

—No totes les societats tenen els mateixos valors que la nostra, i per tant moltes cultures valoren allò que la nostra menysprea (per exemple, els sentiments) i tracten de manera diferent aquells que nosaltres marginem (els bojos, per exemple).

—Les manifestacions externes de la bogeria, els símptomes i els trastorns en positiu depenen de la cultura, i per això la psicosi d'un europeu i la psicosi d'un balinès poden semblar molt diferents a l'exterior. La unitat entre l'una i l'altra consistirà en l'experiència interna punyent que viuen ambdós subjectes.

Les psicosis es divideixen en dos grans grups: les Orgàniques, que són les desencadenades per una causa somàtica (tumor, traumatisme, infecció, alteracions hormonals, ingesta de tòxics...), i les Funcionals, que són aquelles que en llur eclosió, tot i haver-hi factors somàtics, hi intervenen bàsicament factors psicològics i sòcio-familiars.

Psicosis orgàniques

La simptomatologia essencial d'aquests trastorns són les alteracions psicològiques associades a una disfunció cerebral transitòria o permanent.

Les manifestacions més freqüents posen en evidència una gran desestructuració de les funcions psíquiques, lligada a dèficits cognitius i mnèmics, que, juntament amb la personalitat prèvia del subjecte i amb les característiques de context, donen com a resultat presentacions molt variades, que tenen com a característica comuna una alteració o lesió orgànica coneguda i el deteriorament, que pot ser reversible en les transitòries i irreversible i incapacitant en les permanents.

Les més freqüents i socialment més rellevants són les Demències senils i pre-senils, les Alcohòliques i Tòxiques i aquelles que es presenten en patologies generals, com els trastorns endocrins, caresties vitamíniques, etc.

LA PARAULA DE LES ESTÀTUES. Es tracta d'un noi de 23 anys que presenta una psicosi orgànica tòxica per ingesta de cocaïna.

Els seus companys el varen portar al servei d'Urgències perquè es pensaven que estava a punt de morir. Estava agitat, tenia la respiració ràpida i irregular, el pols accelerat i les pupil·les dilatades. Mentre se li realitzava l'estudi orgànic, i ja detectada l'administració de cocaïna per via venosa, el noi corria d'un lloc a l'altre, va intentar saltar per una finestra, demanava cerveses i cigarretes, utilitzava un llenguatge disgregat i manifestava descontrol emocional, amb rialles i plors gairebé simultanis.

En vista de la gran agitació que presentava, va ser traslladat al Servei de Psiquiatria.

Al cap de de 24 hores estava físicament bé i disposat a parlar, però exposant per endavant que no creia necessària la seva estada al Centre i que tampoc no calia que l'haguessin atès a Urgències, i tractant de "gallines" els companys que l'hi havien acompanyat.

Comença el seu relat dient que té hàbits tòxics des dels 15 anys; la seva família no vol tenir cap contacte amb ell, i diu amb fatxenderia que no pensa parlar més, que no vol passar per un interrogatori.

Posats en contacte amb la família, l'àvia materna informa que la seva filla és alcohòlica i ella es fa càrrec de dos néts, i que no pot assumir la cura d'aquest noi, ja que el veu poc, i cada vegada li ha de donar tots els diners que té.

El pacient vol l'alta i no es mostra disposat a seguir cap mena de tractament; abans de donar-li l'alta, i en el decurs de l'exploració psicopatològica, refereix que recorda de la nit anterior que estaven "de festa" amb els amics i que va tenir la sensació que les coses eren al revés: "Sentia que la gent no era gent, sinó robots inanimats, i que les estàtues, els fanals i els bancs tenien vida..., vaig sentir la paraula de les estàtues".

Psicosis funcionals

En les psicosis funcionals no s'han pogut evidenciar factors orgànics com a causa o desencadenant, encara que en la seva presentació intervenen factors psicològics, biològics i socials.

Les entitats clíniques més importants són les Psicosis esquizofrèniques, la Paranoia i les Psicosis maníaco-depressives.

En la segona part, ja s'han exposat els símptomes més significatius de les depressions i de la mania; per tant, aquí exposarem els trastorns esquizofrènics i els trastorns delirants paranoics.

Trastorns esquizofrènics

La paraula "esquizofrènia" va ser utilitzada per Bleuler, el 1906, per tal de diferenciar aquests quadres del terme "demència", que es feia servir d'una manera molt més genèrica, per designar gran part de les malalties mentals.

Encara que etimològicament significa 'ment dividida', el procés es caracteritza per una escissió entre el món extern i el món intern del subjecte.

La simptomatologia més rellevant indica alteracions del llenguatge, del pensament, de l'afectivitat i de la motricitat, però les manifestacions més específiques són les al·lucinacions i l'activitat delirant.

Els deliris més comuns són:

—Deliri de persecució: el subjecte se sent amenaçat per persones o coses; suposats enemics el vigilen, l'observen i intenten molestar-lo utilitzant diferents estratègies.

—Deliri d'influència: el subjecte sent la influència de forces externes que li imposen sensacions, pensaments i actes. Sovint són descrits com a éssers malignes, màquines, ones magnètiques, bruixes, etc.

—Deliri d'autoreferència: el subjecte sent que els altres el miren, parlen d'ell i li llegeixen els pensaments; sovint sent com per la ràdio o la TV fan referència a episodis de la seva vida.

—Deliri místic: el subjecte s'autoanomena "Déu" o "el Profeta", i creu que és l'escollit per portar a terme grans missions que salvaran el món; molt freqüentment creu que té poders especials per guarir, redimir i ressuscitar.

—Deliri megalomaniac: el subjecte sent que disposa de grans valors personals, com intel·ligència, saviesa, bellesa, força, riqueses, negocis, etc.

—Deliri gelotípic: el subjecte creu que la seva parella li és infidel i que ell és objecte de burla de tothom, per aquest fet.

Habitualment, els deliris van acompanyats d'al·lucinacions auditives, olfactivas, visuals o cenestèsiques que confirmen les suposicions delirants, ja que són concordants amb elles; així, en un deliri gelotípic el subjecte pot referir que ha vist taques de semen als llençols, en el deliri místic pot sentir la veu de Déu donant-li la clau per a la salvació dels homes i l'extinció de les guerres, etc.

En l'eclosió de l'esquizofrènia hi intervenen diferents factors, però cal tenir present el patró defensiu i la qualitat de les relacions interpersonals per situar millor aquests trastorns.

Els mecanismes de defensa psicòtics es corresponen a una Regressió cap a estats molt primitius, com són la Negació, la Dissociació, la Identificació projectiva i la Introjecció.

El mecanisme de la negació permet fugir de la realitat desplaent utilitzant la fantasia de forma omnipotent; la dissociació facilita separar els fets de les seves implicacions emocionals; gràcies a la projecció s'atribueixen als altres aquells desigs vinculats als impulsos agressius; i, a través de la introjecció, tornen cap a un mateix els impulsos prèviament projectats, però no com a propis, sinó com a atribuïts d'altres.

Podríem exemplificar aquests mecanismes en moltes conductes individuals, si bé també els trobem en situacions de crisi col·lectives; així, en el cas de conflictes bèl·lics i en estats de forta repressió, aquells qui detenen el poder utilitzen mecanismes d'aquest tipus: "La guerra és útil i necessària per aconseguir la felicitat i el benestar del poble; tenim la raó i la veritat, i en el seu nom els crims, les violacions i les matances estan justificats, ja que ells, els altres, els que són diferents per la seva raça, religió o ideologia, són indesitjables, i totes les desgràcies que això comporta, com la fam i el sacrifici, són fruit de la seva animadversió..."

També cal fer referència als factors socials i familiars, que poden agreujar o mitigar les formes de relació psicòtiques activant o compensant les manifestacions de nuclis psicòtics de la personalitat. El patró relacional que potencia les manifestacions psicòtiques és aquell que posa contínuament en dubte la identitat, la singularitat i la capacitat d'autonomia

dels seus membres; això és, el que Bateson ha anomenat relacions de *double bind*, en les quals el contingut de la comunicació posa el subjecte en una situació en què cap sortida airosa no és possible: faci el que faci, el resultat és sempre negatiu:

"El mestre Zen intenta provocar la il·luminació al seu alumne per diversos mitjans. Una de les coses que fa és aixecar una vara sobre el cap del deixeble i dir-li, amenaçador: 'Si dius que la vara és real, et colpejaré amb ella; si dius que la vara no és real, et colpejaré amb ella; si no dius res, et colpejaré amb ella...'"

Així, segons Bateson, perquè es produeixi una situació de *double bind* cal que hi hagi:

—Una ordre primària negativa.

—Una ordre secundària que està en conflicte amb la primera però que, igual que la primera, està reforçada per senyals que anuncien un perill per a la supervivència.

—Una tercera ordre negativa que prohibeix al subjecte escapar del camp.

Una persona col·locada repetidament en situacions semblants pot arribar a dubtar de la seva pròpia existència i de l'existència dels altres; per tant, pot posar en marxa conductes arriscades amb la finalitat de sentir que existeix per ell mateix, encara que sigui amb un comportament psicòtic.

Des de la perspectiva nosològica, es poden distingir diferents tipus d'esquizofrènia, segons els símptomes que hi predominin: paranoide, catatònica, simple i hebefrènica.

LA SANG ROBADA. M.C. pertany a una família de cinc germans; ella és la tercera i l'única noia. La mare va morir de càncer quan ella tenia 8 anys, i sempre ha viscut amb els germans i el pare.

Després de la mort de la mare, s'accentua el seu caràcter reservat, inhibid i solitari i minva el seu rendiment escolar, i als 14 anys deixa l'escola,

sense tenir fet el Graduat Escolar. La família la necessita per a les activitats domèstiques.

No té cap amic, només algunes amigues, i es relaciona força amb l'àvia materna, que viu sola i sense gaire relació amb la família, per problemes amb el seu gendre que daten de la mort de la mare.

L'àvia mor sense malaltia prèvia quan M.C. té 18 anys. Després de la mort de l'àvia, canvia radicalment la seva conducta; surt sovint de casa i torna a altes hores de la nit, amb signes d'haver pres tòxics; abandona les feines de la casa, i els germans i el pare comencen a considerar-la "una perduda". Passen dies i setmanes sense que la família sàpiga res d'ella. Un dia torna bruta i plorosa, i explica que ha estat violada i que li han robat la sang.

El pare la porta a Urgències, on es confirma que ha estat violada i maltractada i se li diagnostica un quadre delirant al·lucinatori. Diu que ha estat posseïda pel dimoni i que li han posat objectes a dins del cos, que li han robat la sang i algunes vísceres. Per demostrar que no té sang, o que la que té no és la seva, es fa un tall a la cama, que li produeix una hemorràgia important. És derivada al Servei de Psiquiatria i ingressada.

Trastorns delirants paranoics o paranoia

Aquests trastorns estan catalogats com a trastorns psicòtics, i per tant presenten un mateix patró defensiu, encara que es caracteritzen pel fet de mantenir una estructura de la personalitat més conservada i una millor capacitat adaptativa.

La paranoia es fonamenta en uns trets de personalitat que configuren la personalitat paranoica, basada en la desconfiança, la rigidesa, la hipertròfia del Jo, els judicis de la realitat erronis i passionals, una tendència a la querella i una visió molt particular de la justícia. El subjecte

que presenta aquests trets sovint es mostra obstinat i fanàtic, i justifica la seva agressivitat dient que és en pro de "la causa"; no permet cap crítica, i en tot cas la interpreta com un atac integral a la seva persona; necessita autovalorar-se i que el valorin, i parla sovint dels seus èxits i dels seus encerts; magnifica l'agressivitat dels altres i se sent fàcilment provocat i al·ludit, la qual cosa comporta una gran dificultat en l'estabilitat de les relacions interpersonals.

Sovint el deliri paranoic apareix en subjectes amb una personalitat paranoica prèvia, i també en relació amb una situació de tensió emocional que actua com a desencadenant.

EL PARE RESPONSABLE. Els mestres d'una escola de barri posen en coneixement de l'Ajuntament que assisteixen a classe dos germans, de 9 i 6 anys, que menen una conducta estranya; se'ls veu tristos, aïllats i espantats i, particularment el gran, expressen a través de dibuixos i jocs fantasies de riquesa i poder, i tenen una creixent dificultat en el seu rendiment escolar. Durant els dos darrers mesos, el pare s'ha presentat a l'escola diverses vegades, sense avisar, ha acusat els mestres de tractar malament els seus fills i els ha amenaçat amb represàlies i denúncies en cas que els passi alguna cosa. Darrerament els nens falten sovint a l'escola i no assisteixen mai a cap activitat extraescolar.

Davant d'aquesta situació, citen els pares a una entrevista i, després de diverses dificultats, aconsegueixen parlar amb ells. Es presenten el pare i la mare junts. Ella sembla una dona de pocs recursos, i se la veu espantada i poc avesada als contactes socials; de fet, mai acompanya els fills a l'escola, i és l'avi matern qui es fa càrrec del contacte quotidià amb els mestres. El pare porta la veu cantant i es mostra malfiat, recelós i hipervigilant.

L'home, J.M., té 39 anys i porta una botiga de pintures, on ven també la seva pròpia producció; sobre la botiga hi tenen l'habitatge, on viuen la parella, els dos fills i l'avi matern.

Fa aproximadament un any que, després d'un avortament de la dona, J.M. va denunciar que li robaven quadres de la botiga dels quals ell era l'autor, i que pintors famosos els signaven i els venien a un preu molt alt.

També diu que la gent del carrer i de les altres botigues feien maniobres estranyes amb la finalitat d'inquietar-lo. Un dia, sortint de casa per anar a buscar el cotxe, varen estar a punt d'atropellar-lo, i també van intentar fer mal a la dona, per la qual cosa li va prohibir que parlés amb ningú i que sortís de casa. Darrerament ha observat que els nens fan mala cara, i diu que sap que a l'escola els donen menjar podrit i que els violen, i per això quan arriben a casa investiga com estan i els revisa de dalt a baix, per trobar les proves necessàries per presentar una denúncia.

Intervé Infància, per assegurar que els nens assisteixin regularment a l'escola, i es recomana al pare que vagi a veure un psiquiatre. J.M. es nega a seguir cap tractament, al·legant un complot en contra d'ell i de la seva família. La situació empitjora i l'home és ingressat a l'Hospital Psiquiàtric per ordre judicial.

QUARTA PART

Alguns dels mites sobre la malaltia mental

En un tema com la malaltia mental, que és tan complex i que inclou tantes supersticions atàviques relacionades amb la ment, la màgia, l'ànima, allò desconegut, etc, entre la població en general, les famílies i molts professionals en contacte amb el patiment psíquic, hi trobem un seguit de males interpretacions, alguns mites i preguntes significatives de conceptes molt arrelats sobre la naturalesa d'aquests trastorns.

Aquest apartat pretén donar resposta d'una manera senzilla a aquelles preguntes més freqüents i a alguns mites que tendeixen a perpetuar la malaltia més que a potenciar la salut mental.

ALGUNS MALALTS, SÓN VERITABLES MALALTS O ENS PRENEN EL PÈL?
Molt sovint estranya que persones qualificades de malaltes presentin conductes intel·ligents i sintòniques amb la realitat. No es pot obviar que totes les persones "malaltes", en més o menys proporció, conserven aspectes sans, i que les persones "sanes" també tenen nuclis neuròtics o psicòtics que les fan potencialment insanes.

Els nuclis sans dels malalts són aquells que es treballen en psicoteràpia, i són fonamentals per restablir l'equilibri, és a dir, la normalitat.

ESTÀ AIXÍ PERQUÈ VOL. És una afirmació que tendeix a reforçar la hipòtesi que la malaltia no existeix i que l'home és omnipotent.

NO LI CAL CAP AJUDA. AIXÒ DELS PSICÒLEGS SÓN CUENTOS; SI VOL POT ESTAR BÉ, I SI NO, QUE SIGUI MÉS FORT. El mite de la fortalesa —molt estès en la filosofia moderna— que exaltà Nietzsche amb el superhome i el rebuig de la debilitat porten sovint a posicions com aquesta, que, pel grau de responsabilitat atribuït al pacient, fomenta la culpa, i per tant perpetua la simptomatologia.

HI HA BOJOS I PERSONES EN TRACTAMENT QUE NO HO SEMBLEN. Habitualment es parla de "bojos" quan la patologia és molt greu i es conserven poques parcel·les sanes de la personalitat, fent sovint referència a la patologia psicòtica; i els que sembla que no ho són tant són persones amb més contacte amb la realitat, com és el cas dels individus neuròtics o amb trastorns de la personalitat.

Cal, però, insistir en el fet que en qualsevol dels casos hi ha parcel·les sanes que són la base del guariment.

SÓN ÚTILS ELS MEDICAMENTS? Els psicofàrmacs han proporcionat una visió diferent de la malaltia mental, i també han modificat el curs de la simptomatologia. Els fàrmacs són, doncs, de gran utilitat, ja que mitiguen els símptomes i el patiment, però s'han de potenciar amb l'abordatge integral psicològic i social.

QUÈ CAL FER QUAN ES DETECTA UN TRASTORN PSÍQUIC? Davant d'un trastorn psíquic, habitualment sorgeixen dues respostes: la negació o la ignorància ("això no és res..., ja li passarà..."), o bé la mobilització per buscar ajuda, però sense comptar amb la persona que el pateix. Ambdues respostes solen ser fruit de la por. Per a un millor pronòstic de cara a tot el procés terapèutic, la intervenció més eficaç és la que ajuda la família i l'individu a fer-se càrrec de la situació, és a dir, a enfrontar el conflicte i a buscar l'ajuda més adequada per superar-lo.

ES CURA LA MALALTIA MENTAL? El concepte de curació en Salut Mental sovint s'utilitza confrontat al de les altres especialitats mèdiques, on "curar" habitualment és 'erradicar'. En el camp de la psiquiatria i de la psicologia, la cura passa per restablir l'equilibri i per treballar aspectes preventius. Els professionals, davant d'aquesta pregunta, estem habituats a pensar i a respondre que potser no podem evitar que una persona deliri, però podem ajudar a augmentar el seu benestar.

QUÈ CAL FER AMB ELS NENS QUE PRESENTEN PROBLEMES?, ÉS MILLOR NO TRACTAR-LOS PER NO "PSIQUIATRITZAR" O "ETIQUETAR" O CAL RECÓRRER ALS ESPECIALISTES? La Salut Mental infantil ha estat històricament descuidada, i els conflictes, amagats i negats més que en cap

altre col·lectiu. La posició del nen, que encara no ha assolit l'autonomia, el col·loca en una situació de dependència i d'impotència. Per evitar etiquetar sense descuidar, és molt útil que els pares o els adults responsables consultin els especialistes, per tal de buscar una intervenció consensuada adreçada a resoldre el conflicte i a potenciar la salut, ja que és en aquest moment evolutiu que es pot fer una prevenció eficaç.

DAVANT D'UNA PERSONA QUE DELIRA, SE LI HA DE SEGUIR LA VETA O CAL CRITICAR EL SEU PENSAMENT? La persona que presenta un quadre delirant viu immersa en el seu deliri, i els pensaments i les percepcions que el mantenen tenen un significat que configura una part important de la seva vida psíquica.

Fer servir el raonament lògic per tal de "fer entrar en raó" el delirant esdevé una tasca inútil, i a més sovint és interpretada per ell com una actitud d'hostilitat; per tant, no fa altra cosa que dificultar encara més la relació i la comunicació, ja molt deteriorades en aquests casos.

Seguir la veta és una actitud menys compromesa, i inicialment facilita el contacte i la comunicació, però no deixa de ser una forma de negar i obviar els conflictes, i per tant de reforçar els símptomes.

És útil, en aquests casos, adoptar una posició de comprensió i afecte, posar límits entre el propi pensament i el pensament de l'altre, acceptant el deliri com una realitat subjectiva i mai com una veritat absoluta.

COM ES PODEN ABORDAR AQUELLS CONFLICTES QUE APAREIXEN EN FAMÍLIES MULTIPROBLEMÀTIQUES I QUE SÓN CONEGUDES DE TOTS ELS SERVEIS? Les famílies multiproblemàtiques són aquelles que presenten diferents conflictes i on les disfuncions estan tan esteses, que es fa difícil l'abordatge des d'una única disciplina; així, sovint hi cal la intervenció de diferents Serveis: Serveis Socials, Infància, Salut Mental, Serveis Mèdics, Justícia, etc.

Davant d'aquestes situacions, resulta més útil que mai el treball interdisciplinari, per abordar els conflictes de manera que es rendibilitzi el

treball i alhora que es proporcioni a la família un missatge clar del que pot esperar, evitant actituds omnipotents o de rebuig, que porten a la frustració i al fracàs de professionals i usuaris.

La relació assistencial

Davant del patiment psíquic, sorgeixen diferents preguntes i diferents respostes, arrelades en concepcions històriques i culturals. Els canvis culturals de les darreres dècades han generat alteracions en la vida familiar i han produït canvis de pautes ja establertes en l'individu, la família i la comunitat. La societat actual es va despullant cada vegada més de rituals col·lectius, culturals, religiosos i familiars, i deixa la persona més desprotegida davant d'esdeveniments crítics.

Per aconseguir la salut i el benestar a través de l'autonomia, la responsabilitat i la independència, en la nostra societat dominen la solitud, l'individualisme, la pseudoindpendència, la manca de solidaritat i el menyspreu envers les manifestacions de debilitat.

L'individu sovint es troba sol, especialment si té conflictes i ha de recórrer als professionals. Potser podríem dir que el gran creixement de professions dedicades a la cura i a l'ajuda ve a suplir dèficits que en altres societats i en altres moments històrics els han assumit la família, els veïns, el metge o el capellà. Els Treballadors Familiars que atenen gent gran que viu sola, els Educadors que han d'assistir nens que no disposen d'un medi adequat per al seu creixement i la seva educació, els Assistents Socials, els Psicòlegs, etc., pertanyen a professions noves i imprescindibles en l'estructura social actual.

En una societat en què està mal vist reconèixer i acceptar les pròpies limitacions, encara costa d'entendre que es pot necessitar ajuda, i en conseqüència encara costa adreçar-se a aquells professionals que poden oferir-la i estan preparats per fer-ho.

L'ajuda que cal donar s'ha de mesurar, per evitar caure en la suplència i fomentar d'aquesta manera la dependència envers els Serveis, i per tant un empobriment dels recursos propis.

La relació assistencial és una relació molt significativa, ja que es produeix quan les persones, famílies o grups pateixen o estan en crisi, però no podem oblidar mai que els individus i els grups disposen de les seves "caixes de supervivència", és a dir, de recursos propis. És cert que els recursos poden ser precaris o bé que pot estar molt minvada la capacitat d'usar-los en un moment determinat, però el paper del professional inclou esbrinar què hi ha a la caixa, desempolsar i netejar les eines rovellades i treure el màxim rendiment de la seva utilització.

La relació que s'estableix s'ha de poder definir i limitar; cal evitar que sigui un altra font de frustració i també que esdevingui, en la fantasia de "l'altre", un espai omnipotent on la vareta màgica converteix el dolor i l'ansietat en benestar i felicitat.

S'ha de recordar sempre que els professionals hem de responsabilitzar-nos de donar el millor servei, però cal que no oblidem que les persones són les protagonistes de les seves pròpies experiències.

I per prevenir el patiment i la infelicitat, cal potenciar recursos socials i familiars que incentivin l'educació i la cura dels nens i dels joves promovent llur autonomia, però sense negar la necessitat d'ajuda mútua.

La diferència fonamental, doncs, entre la Salut i la Malaltia és que la persona, família o comunitat sana té una gran plasticitat, és a dir, flexibilitat o mobilitat de conducta, mentre que en la malaltia hi trobem rigidesa, automatisme, restricció i monotonia de conducta.

La Salut Mental no és un estat, sinó una qualitat de vida que s'assoleix gràcies a un procés continuat, amb atributs com créixer, aprendre, estimar i compartir amb els altres l'aventura de la vida.

BIBLIOGRAFIA

- Alfred ADLER, *El sentido de la vida*. Luis Miracle Ed., 1948.
- J. de AJURIAGUERRA, *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Masson, 1983.
- Nathan W. AKERMAN, *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Ed. Paidós, 1982.
- G.W. ALPORT, *La persona en psicología*. Ed. Trillas, 1988.
- Joan AMADES, *Folklore de Catalunya*. Ed. Selecta. Barcelona 1979.
- T. ANGOSTO, Entrevista al Dr. Tosquelles a *Revista de la A.E.N.* núm. 46, 1993.
- ARTEMIDOR, *La Interpretación de los sueños*. Biblioteca Clásica Gredos, 1989.
- Gregory BATESON i col., *La nueva comunicación*. Ed. Kairós, 1984.
- Gregory BATESON, *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ediciones Carlos Lohlé, 1972.
- Gregory BATESON, *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. Carlos Lohlé, 1985.
- R. BATTEGAY i cols., *Diccionario de Psiquiatría*. Ed. Herder, 1989.
- Charles BAUDELAIRE, *Petits poemes en prosa*. Llibres del Mall, 1983.
- Bruno BETTELHEIM, *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Ed. Grijalbo, 1988.
- José BLEGER, *Psicología de la conducta*. Ed. Paidós, 1983.
- José BLEGER, *Temas de psicología (entrevistas y grupos)*. Ed. Nueva Visión, 1980.
- Charles BRENNER, *Elementos fundamentales de Psicoanálisis*. Ed. Libros Básicos, 1968.

- Annamaria CAMPANINI i Francesco LUPPI, *Servicio social y modelo sistémico*. Paidós, 1991.
- Albert CAMUS, *Le mythe de Sisyphe*. Editions René Julliard, 1966.
- Gerald CAPLAN, *Aspectos preventivos en salud mental*. Ed. Paidós, 1993.
- Gerard CAPLAN, *Principios de psiquiatría preventiva*. Ed. Paidós, 1985.
- CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Meditor, 1994.
- Joan CODERCH, *Psiquiatría dinámica*. Ed. Herder, 1975.
- Joan COROMINES, *Diccionari Etimològic i Complementari de la Llengua Catalana*. Curial Edicions Catalanes, 1983.
- DSM III-R, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Libro de Casos*. Masson SA, 1990.
- E.H. ERIKSON, *Infancia y sociedad*.
- Héctor FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, *Fundamentos de un modelo integrativo en Psicoterapia*. Ed. Paidós, 1992.
- J.G. FRAZER, *El folklore en el Antiguo Testamento*. Fondo de Cultura Económica, 1981.
- J.G. FRAZER, *La rama dorada*. Fondo de Cultura Económica, 1961.
- Alfred M. FREEDMAN, *Tratado de Psiquiatría*. Salvat Editores, 1982.
- Anna FREUD, *El yo y los mecanismos de defensa*. Ed. Paidós, 1980.
- Sigmund FREUD, *Obras completas*. Biblioteca Nueva, 1981.
- Cels GOMIS i MESTRE, *La bruixa catalana*. Ed. Altafulla, 1987.
- Giovanni JERVIS, *El mito de la antipsiquiatría*. Pequeña Biblioteca Calamvs Scriptorivs, 1979.
- Analia KOMBLIT, *Somática familiar. Enfermedad orgánica y familia*. Ed. Gedisa, 1984.

J. LACEY, "Anorexia nervosa and a bearded female saint", a *British Medical Journal* núm. 285, 1982.

- R. D. LAING, *El Yo dividido*. Fondo de Cultura Económica, 1983.
- A.R. LURIA, *Cerebro y lenguaje*. Ed. Fontanella, 1978.
- R. A. MACKINNON i R. MICHELS, *Psiquiatría clínica aplicada*. Ed. Interamericana, 1985.
- J.L. MEDIAVILLA, *Conversaciones con Ramón Sarró. Psicoanálisis y Locura*. GraficasValdep, 1980.
- PLATÓ, *Diàlegs*. Vol. XII, Fundació Bernat Metge, Barcelona 1992.
- C. RAMSH i J. BAY, *Anorexia nerviosa y bulimia*. Ed. Paidós, 1990.
- Otto RANK, *El mito del nacimiento del héroe*. Ed. Paidós, 1981.
- Iska SALZBERGER, *La relación asistencial*. Amorrortu Ed., 1979.
- W. SHAKESPEARE, *Hamlet*. Aguilar, 1975.
- Susan SONTAG, *El sida y sus metáforas*. Muchnik Editores, 1989.
- Jorge L. TIZÓN, *La locura, compañera repudiada*. Ed. La Gaya Ciencia, 1978.
- Julio VALLEJO i cols., *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Salvat Ed., 1980.
- Paul WATZLAWICK, *¿Es real la realidad?* Ed. Herder, 1981.
- M. WHITE i D. EPSON, *Medios narrativos para fines terapeuticos*. Ed. Paidós, 1993.
- Oscar WILDE, *Obras completas*. Ed. Aguilar, 1989.



FUNDACIÓ SERVEI GIRONÍ
DE PEDAGOGIA SOCIAL