



Arxiu històric FUNDACIÓ JAUME BOFILL

El malestar de les societats

FEBRER 1999

FUNDACIÓ
Fundació
JAUME
Jaume
BOFILL
Bofill

FONT, Jordi
(ponència principal)



O. INTRODUCCIÓ.

Agraeixo el que se'm hagi fet l'invitació per a presentar aquesta ponència.

Agraeixo a la Fundació Maragall l'haver tingut l'encert de plantejar-se un tema actual, complexe, arriscat, i per a mi apassionadament seductor.

Espero que les dues coponències ens aportin allò de que jo no en soc capaç, la visió social.

I espero, donada la categoria humana i intel·lectual dels assistents que es pugui fer un treball en grup que porti llum a aquesta problemàtica. Per aixó penso que aquest treball necessita de l'aportació de tots Vtés.

Quan se'm va demanar fa molts mesos introduir la qüestió del "malestar en l'estat del benestar", des d'un enfocament psicològic mèdic, tot i que em va atreure molt, em va fer rumiar si ho havia d'acceptar. No sabia massa com posar-m'hi al encetar el tema.

El tema se'm escapa per massa plural...

A més entre la perspectiva medico-psicològica i la social, hi havia el pont de la aproximació psicosocial. Massa mancances per a mí.

Després, tot donant-hi toms se'm van anar formulant algunes preguntes:

¿Hi ha en la nostra societat actual més malestar, més psicopatologia que avans?

¿Hi ha relació entre la psicopatologia actual i la possible influència del factor social? El director-gerent del pla de salut mental ens diu que sí.

¿Apareixen noves patologies o bé son noves formes de presentació dels trastorns mentals?

¿Què en diem del actuals i freqüents trastorns de personalitat, o dels abundants trets narcíssistes de la personalitat, o de l'anorèxia mental? i de l'abundància de diferents tipus de depressions?.

Amb totes aquestes preguntes sentia jo mateix com un malestar i aixó em va donar peu a posar fil a l'agulla, jo mateix era subjecte passiu d'aquesta societat del benestar...!

Com a primer cop d'ull, quan donem una primera mirada a la nostra **societat**, veiem que hi ha malestar:

Recerca de seguretat personal enfront de la incertesa de estabilitat laboral o professional, econòmica, inclús en la parella.

Dificultat per a sentir-se un mateix, com a persona diferenciada en front de l'homologació generalitzada.

Relacions personals incertes i fugisseres.

Insatisfacció (dins de la "cultura del desig"). S'ha de satisfer voraçment tot desig, es vol consumir tot estimulat constantment pels anuncis d'una nova possibilitat de satisfer desigs. Tot s'adquireix. S'ha d'usar tot, i només per un sol us. Adhuc les persones que poden esdevenir cosificades.

Aixó mirant la societat.

Mirant al **individu**, el procés psicològic evolutiu que es dona en la personalitat ja adulta té els seus antecedents en els primers intercanvis de les relacions personals en l'infància i pot condicionar en part la reacció de la persona adulta davant de l'entorn.

Els camins personals, naturalment podran ser molt diversos. Hi haurà qui podrà i sabrà enfrontar-se a les dificultats i fornirà una personalitat amb capacitat de seguir un creixement emocional i cognitiu ben armònic i d'assolir la seva pròpia identitat. Hi haurà però qui no podrà fer front a les dificultats i pot emmalaltir i necessitar d'ésser cuidat.

Hi haurà qui posarà en joc uns sistemes compensatoris (mecanismes de defensa, inconscients) mitjançant els quals no "se'n entererà" gaire del trasbals que suposaria lluitar i sofrir per a poguer reeixir. Es pot crear llavors com un encapsulament que protegeixi el patir emocionalment i que permeti lliscar per la vida aparentement tranquil i amb certa superficialitat.

1. MALESTAR I BENESTAR. MALALTIA I SALUT.

1.1. BENESTAR O BENÉSSER?

Què s'entén per benestar?

Quan la OMS a Alma Ata (1946) va definir la salut com a "un estat de complet **benestar (well-being) físic**, mental i social i no merament l'absència de malaltia (disease) i de defalliment (infirmitat)", va posar la paraula "benestar", que avui ens permet d'abordar el tema del malestar dins l'estat de "benestar".

En efecte en aquella època a EE.UU. per exemple, gaudir de salut era gaudir de benestar: era el resultat d'estar ben "adaptat" a la societat. Adaptat a què?. Doncs, els indicadors d'un bon grau d'adaptació eren: el pertanyer a un club de beisbol, tenir TV, gaudir de vacances, d'una assegurança de vida de bon nombre de dolars, etc.

Reconenc que aquesta pincellada és de massa fàcil caricatura.

[[(Aixó pot anar després)

O tindrà també relació amb el protegir-se, l'aparició d'evitació del factor "risc"?. Evitar el sofriment que apareixeria quan no pot ésser controlat el risc per un mateix, com passa davant els

perills de quedar sense diners, amb tot el que això suposa: sense assegurances, etc; o bé de quedar-se sense treball: sense contractes fixes, etc.

Però al mateix temps es cerca el risc aventura, com ho fan els infants, per a satisfer la necessitat de tenir un sofriment creatiu que doni goig.]]

Què s'entén per benestar?

Hom pensa que de fet el benestar és entés sovint com a evitació de tot sofriment fins on això és possible, el poguer adaptar-se a les circumstàncies de manera que s'elimini de la pròpia vida o es renunciï a allò que faria sofrir encara que es cregui que seria el millor. Talment com si el sofriment no pogués ser un camí cap a un major creixement i satisfacció de la persona.

Què en pensem nosaltres del benestar?

El 1976, a Perpinyà és va celebrar el XII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, on hi va haver una memorable ponència sobre la "Funció social de la medicina", coordinada per en Jordi Gol.

En ella es va donar una definició de la salut tal com l'entenem en la nostra cultura científica i social, que avui després de més de 20 anys encara perdura i s'ha constituït una plataforma per a anar revisant i actualitzant el què entenem per salut, en el 1er. Congrés català de salut mental, que s'acava de celebrar a Barcelona, la setmana passada.

Es deia allavors, en forma de slogan, que la salut era "la manera de viure autònoma, solidària i joiosa". Es proposava en aquest treball que el mot benestar no expressava prou clar el que es cerca per a gaudir de salut. Benestar es podria limitar a una adaptació incondicional per a evitar malestar però que en el fons i a la llarga es converteix en un altre malestar. Per a nosaltres és millor dir que la salut respon a un benésser de la persona. Un benésser que ateny tota la persona "sense minva per a aquesta de cap fonamental possibilitat humana de viure en plenitud". Al final de la ponència ho exposaré amb més precisió.

Aquí caldria ja posar l'accent en el paper del sofriment en el benestar de la societat o si voleu amb més precisió en el benésser de la societat que acabem d'enunciar.

Des del nostre punt de vista psicològic antropològic podem en basem en una concepció, marc teòric, que arrenca de la clínica psicopatològica i que permet enfocar l'aspecte creatiu del sofriment un cop assumit i incorporat positivament.

En efecte. Hi ha un moment en el desenvolupament primerenc de la persona humana, i ho veurem encara més endavant, en el que es passa de la situació primitiva i caòtica amb relacions parcials a la situació que permet de tenir relacions personals més satisfactòries i totals si bé amb les limitacions que imposa la realitat, i aquest pas es fa necessàriament amb sofriment. Es passa a aquesta nova situació mitjançant l'acceptació de les pèrdues o renúncies frustrants, amb sofriment més o menys dolorós que obre el pas a la capacitat de simbolitzar, psicològicament parlant, i per tant d'anar-se establint, d'anar creixent cap a una

manera de ser adulta, creativa i satisfactòria per a un mateix i per als altres, és a dir a una situació de "ben-ésser" i no sols de benestar.

Hem partit de la definició de salut donada per la OMS, després de la del congrés de Perpinyà per a entendre la noció de benestar i de benésser.

Ara vejem el que entenem per malestar i avans el que diem que és malaltia.

1.2. MALALTIA i MALESTAR.

La noció de malaltia no s'oposa a la de salut. No vol dir manca de salut.

La salut expressa les capacitats vitals de la persona.

Hi pot haver malaltia en una persona que gaudeix de bona salut.

Inclús es provoca la malaltia per assolir més salut: com en el cas de una vacunació.

Hi pot haver una persona amb molt poca salut (poques capacitats vitals) i no patir actualment cap malaltia.

Malaltia no s'oposa a salut. Malaltia ve a ésser un accident vital.

Salut és la manera de viure d'una persona que tendeix a la plenitud.

En aquest sentit la malaltia pot ocasionar un malestar compatible no amb el benestar però si amb la salut, que seria dir amb el "ben-ésser".

¿La malaltia és quelcom "anormal", oposat a normal?. Malaltia és un continuum entre el que se'n diria normal i anormal amb un criteri sociocultural. El criteri de normalitat deu ésser un criteri vàlid en estadística social, però no en medicina de la persona.

Doncs bé, en la proposta que a Perpinyà varem fer va quedar ben palés que més enllà de la noció de benestar s'hauria de parlar del "ben-ésser", que no és un estat estàtic sino que es refereix a un dinamisme de creixement mai del tot assolit.

El "benésser" es correspondria amb la noció de salut: "La salut és un estat de benésser..." a diferència de la malaltia que no és un "ésser" malalt (malésser) sino un "estar" malalt, és un accident, no una "manera de viure" (pròpia del ser). (Vegis ponència de Perpinyà, pp.143 i ss.)

Hi ha una aportació històrica que interessa a la nostra ponència i és la diferent valoració que s'ha anat fent de la malaltia mental en el transcurs de la història. no cal remontar-nos a la primitiva insània, als bojós considerats com a pecadors o com a malfactors, als que s'emprisonava. A meitat del nostre segle el corrent contracultural va afectar plenament la psiquiatria i tots podem recordar l'anomenada antipsiquiatria de Basaglia a Itàlia, Laing al Regne Unit, i Tomas Szaz a EE.UU. que va escriure "El mite de la malaltia mental" títol que ja ho diu tot. La psiquiatria era un producte social. No existia la malaltia mental.

També una altra dada és la diferent valoració del que en diem malaltia mental en les cultures dels diversos països. P.e. a Alemanya la "psicopatia" va ésser detectada desseguida com a

malaltia. A Espanya una conducta informal, no puntual, no metòdica, etc. no és gaire excepcional...

2. MALESTAR DE LA PERSONA, DOLOR MENTAL, SOFRIMENT MENTAL.

Malestar, segons l'enciclopèdia catalana: "1. Estat del qui se sent malament, d'aquell a qui no van bé les coses. 2.pat. Indisposició, incomoditat general i imprecisa".

Si analitzem els termes, tenim que dolor: de "dolere", es relaciona amb "dolent" i "dol". Sofriment: "suf-ferre" és soportar, i "trans-ferre" és transferir.

Dolor mental és quan hi ha un conflicte mental i no es resol; llavors pot apareixer un dolor mental, que és un patiment psíquic (els "mals de cap!"), o un dolor corporal, que és un patiment corporal: el mal de cap.

Aci usarem el terme **malestar** assignant-li un significat convencional.

El **malestar**, com a sentiment, l'entendem d'entrada com una recepció negativa del sofriment personal.

Podriem admetre que el **malestar** personal així entès, quan es rebut negativament, obstaculiza creixer en la salut. Però si s'accepta el sofriment (procés de dol) llavors el **malestar** desapareix. Així considerat, el **malestar** és una situació destructiva.

Per tan considerem el dolor i el sofriment mental:

a) el dolor mental com a un senyal específic que indica que hi ha algun perjudici o dany i que cal reparar-lo. b) el sofriment mental, el soportar el dolor, considerem que pot esdevenir un component positiu dins del procés d'emmalaltir. És el sentit positiu del sofriment. (Vegis ponència "Una concepció antropològica del dolor y del sufrimiento desde el psicoanálisis", (1992) Armengol.R, Font,J.).

Fins aci ens referim al **malestar** personal.

Avans de parlar del **malestar** psicològic versus **malestar** social, vejem el **malestar** en la relació ment-cos.

2.2. MALESTAR (DOLOR) MENTAL I MALESTAR (DOLOR) CORPORAL. INTERACCIONS, "CIRCULARITAT" PSICOSOMÀTICA.

Ment ->) cos ->) relacions socials)
)))
)))

Podem reprendre aci el vell problema antropològic, que per a la medicina psicològica d'avui ocupa el primer pla, i és la realitat de unitat de la persona humana que dicotomitzen però en ment i cos i no solament des d'un punt de vista didàctic.

És el que se'n diu la "circularitat psicosomàtica".

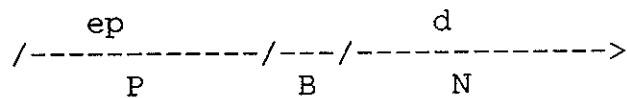
Es refereix a una doble relació o interacció entre ment i cos:

El **malestar** o sofriment que s'origina en la ment pot anar cap ai cos. O el **malestar** o dolor surt del cos pot passar cap a la ment.

Quan el malestar de la ment va cap el cos hi ha tres possibilitats en aquesta circularitat:

- 2.1. possibilitat neuròtica.
- 2.2. possibilitat psicòtica.
- 2.3. la malaltia psicossomàtica propiament dita.

(Intento amb aquest esquema expressar el que en la teoria psicoanalítica (Melanie Klein) descriu com a posició esquizoparanoide "ep", i posició depressiva "d". I el que en la clínica psiquiàtrica s'anomena estats psicòtics "P", estats neuròtics "N", i estats límits o "borderline" "B").



2.1. El neuròtic no es perd el bon contacte amb la realitat, a costa però del seu sofriment mental.

Si aquest sofriment mental és massa fort, el cos és utilitzat com a pantalla viva del sofriment mental, el sofriment mental seria massa dolorós per a ésser soportat i es desplaça cap al cos. Tal ocorre en el fenomen de la "conversió" histèrica. El sofriment mental passa a ser corporal, tot el malestar carrega sobre del cos d'una manera simbòlica en la seva patolplàstia. Ací es podria descriure clínicament les característiques ben precises que diferenciarien aquestes crisis d'altres. El guany secundari d'aquestes "conversions" està en que la persona cerca inconscientment rebre unes atencions afectives que l'alleueixin del seu malestar.

2.2. El psicòtic. És una situació més primerenca amb major regressió del funcionament psíquic. Hi ha dificultat en diferenciar el que és el dins i el de fora de la realitat. Hi ha disminució de contacte amb la realitat.

Es viu el malestar o sofriment mental com si fos corporal, i la seva repercussió en la ment no té el caire simbòlic que tenia en el neuròtic. Hi ha relació de significat, no de símbol. Exemple del malestar del transexual.

EL cas de la hipocondria psicòtica és avui ben abundant i son organitzacions defensives inconscients per a protegir-se de caure en una psicosi activa. En parlarem més com a una de les manifestacions del malestar actual. Arriva a ocasionar la distorsió no sols laboral sino també familiar. El malestar "circula" des del conflicte mental que ell ignora cap a un conflicte real amb el seu entorn: el treball, la família, la societat (malaltia definitiva incapacitant), passant per el cos que li serveix com de pantalla o plataforma de trànsit envers el seu entorn, que és el que en definitiva pateix la projecció destructiva del malestar del malalt que ell ha sofert en el seu cos sens que hi hagi hagut cap tipus de lesió orgànica ni funcional.

2.3. El psicossomàtic, propiament dit.

És on es fa més inexplicable i dificultosa la diferenciació ment-cos. No hi ha diferenciació ment-cos perquè està en una situació psicogenètica en la que encara no hi ha hagut diferenciació genètica.

El conflicte mental no és de cap manera conegut i s'expressa en

dolor i destructivitat en el seu propi cos talment com si el cos substituís la funció mental. La ment és el cos. No se'n entera dels seus sentiments dolorosos o conflictius, són els "analfabets emocionals", es parla de "alexitimia" els anglosaxons o del "pensament operatori" Marty. El malestar personal que arrenca del sofriment mental es pot manifestar només en dolor corporal.

3. MALESTAR DE LA SOCIETAT. INTERACCIONS RECÍPROQUES ENTRE MALESTAR PERSONAL I SOCIAL.

Ens movem en el complex àmbit entre la psicopatologia i la sociopatologia, entre el que és psíquic i el que és social; entenent per psíquic el que es produeix especialment en el món intra-personal, en un mateix subjecte.

I entenent ací per social qualsevolga relació inter-personal, relació entre dos o més subjectes, que pot anar des de la relació de parella a la del grup familiar (microgrups, microxarxes) i en cercles concèntrics cada cop més amplis (macrogrups, macroxarxes) fins als diferents components de la trama social.

No es pot negar la complexitat de la realitat psicosocial i al ensems la necessitat de comptar-hi. No sols en psiquiatria, també en la medicina d'avui i encara més la del esdevenidor immediat serà la medicina bio-psico-social (avui dia encara es manté en els nostre àmbits que la única medicina científica és la biològica). No es podrà ser metge, encara que sí tècnic de la medicina, sens tenir en compte tota la persona amb el seu entorn immediat: parella, família, grup de referència del pacient (Epstein).

3.1. De lo social a lo psíquic i psicosomàtic.-

Influència del factor social en el psíquic i somàtic.

En tota malaltia psicològica i en general en tota malaltia, es cerca l'etiologia, la causa. Són poques les malalties en les que es pot arribar a determinar un factor etiològic específic i únic.

Inclús en les malalties infeccioses, la tuberculosi produïda pel bacil de Koch hi juga un paper determinant en el tractament curatiu els factors concomitants en el pacient: sistema defensiu immunològic, etc., i en l'entorn del pacient: els cèlebres sanatoris residencials, el tenir o no assegurances...

En la major part de malalties s'ha de considerar l'intervenció dels anomenats "aconteixements vitals" com a factors desencadenants de la malaltia. Tals són circumstàncies familiars, personals, laborals, afectives, etc.

Malalties "orgàniques" greus, que semblaven tan allunyades d'influències de tipus social i/o psicològic, com ara un càncer, són en l'actualitat investigades seriosament i es descobreix en elles factors psicògens i sociògens que poden jugar un paper important tan a l'hora del tractament com en l'aparició de la mateixa malaltia.

3.2. Com es produeixi l'interacció entre lo social i lo psicosomàtic.

Suposada aquesta possible influència de lo social en la malaltia inclús biològica, via psicològic, ens queda preguntar-nos com es produeix aquesta interacció.

Per a aproximar-nos a una comprensió caldrà mirar endins en la relació entre el malestar de la societat i el de la persona.

Punt de vista psicoanalític.

És en la relació més primerenca entre els pares i l'infantó, més precis encara si voleu, entre la mare i l'infantó on trobem la primera anella significativa de la interacció afectiva i efectiva (!) interpersonal, de la socialització afectiva i cognitiva que pot esdevenir o bé una font de creixement en tots sentits o bé pot esviaixar-se cap a un transtorn psicopatològic de diversa índole. Aquesta inicial socialització amb la mare es compartida molt aviat per el pare i per les altres persones que esdevenen cuidadors del infant. Les matrius primeres guarden però la seva empremta però segueix la influència.

Interacció mare-fill. ¿Interacció societat-persona?

La mare, primera socialització, es capaç de "contenir" afectivament al fill?

La mare configura al fill li dóna l'encunyació que l'infant tendre encara reb intensament.

El fill, però, també influencia en la mare (adaptació inclús en la composició de la llet del lactant!). Enacar que hi ha infants esquerps biològicament, genèticament, que fan sortir de polleguera als pares...

Mare i fill s'interaccionen en les primeres relacions interpersonals que, segons el nostre parer configuraran una matriu inicial relacional. Matriu que serà després modificada fins a arribar cadascú a graus molt diversos de noves relacions. Ara bé aquest procés inicial de relació interpersonal, que es ve repetint en l'adult pot sofrir el que anomenem una **fixació** o bé **una regressió**.

En la fixació es viuen situacions en les que el subjecte s'organiza segons tendències pròpies d'altres fases maduratives del desenvolupament relacional.

En la regressió, s'adopten actituds, comportaments o es tenen representacions mentals pròpies d'unes fases maduratives anteriors en el desenvolupament mental.

La interrogació que ací ens fem i que és clau per a la comprensió de l'interacció social-psicològica és si les influències externes son capaces, en circumstàncies fortes, de configurar en la persona adulta una fixació o una regressió, semblantment a com van influir en els moments de la plasticitat primerenca.

4. FACTORS SOCIALS que poden contribuir a crear MALESTAR tan personal com social (en la parella, família, societat). (Vegis les dues comunicacions al Congrés de Metges i Biòlegs, de 1984 a Benicàssim, Castelló de la plana, "Els desencadenants de la malaltia mental" pp.179-194; "Factors psico-socials i malaltia mental, pp.195-216).

Quan parlem de factors psicosocials ens referim d'una banda als factors socials observables en les nostres societats, i d'altra banda ala simptomatologia personal del individu que viuen en aquestes societats, i per tant en la possible influència recíproca d'uns i altres.

4.1. Factors socials.

Crida l'atenció recentment, en els darrers quatre o cinc anys, l'abundància de publicacions en revistes tan d'Europa com d'Amèrica del Nord en les que es fa referència a estudis que demostren la correlació entre trastorns mentals de conducta o bé subjectius d'ansietat i depressió en relació amb l'influència del factor entorn o ambient, i no solsament de factors anomenats endògens o genètics.

Hem tingut interès en revisar bibliografia corresponent als darrers dos anys, i en dono una petita mostra en les notes bibliogràfiques del final.

La gent va al metge a queixar-se de malestar. Nosaltres havíem comprovat fa temps que en la assistència primària en salut mental, un bon nombre de consultants demanaven ajut no precisament per motius primàriament psiquiàtrics mentals sino per conflictes originats en situacions socials o familiars les més diverses.

Els anys 1982-1984, varem fer un estudi al CSM de St. Andreu que posa de manifest que les demandes que fan les persones que acuden a un centre de salut mental en assistència primària queixant-se de símptomes psíquics o somàtics, responen majoritàriament a desencadenants de tipus socials.

Aquest fet ja estava no sols descrit sino estandaritzat inclús per a fer el diagnòstic psicopatològic segons la classificació internacional DSM-IV i CIM-10, en els eixos IV i V. (Vegis els llistats).

Cal tenir en compte les dues variables:

. Uns factors psicosocials que son sentits com a lesius, o tal volta no sons sentits lesius però que poden actuar lesivament. És l'entorn que actua com a desencadenant, diagnòstic o millor factor psicosocial.

. La predisposició del subjecte, ja siga per factors genètics o bé per factors adquirits en les seves relacions personals primerenques, és el factor clínic o diagnòstic psicopatològic.

¿De què es queixa la gent?

En l'estudi que estem citant dels 90 factors que contenia el llistat psicosocial, es reuniren en només 16 factors, que eren:

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

- . ruptura en la família
- . canvis pèrdues o reformes importants en la casa.
(Vegis la ponència "Factors psicosocials i malalati mental", pp.195-216).

En un altre estudi fet també els anys 1982-1984, aquest al Hospital de St. Pere Claver, varem investigar els desencadenants psicosocials de la malaltia mental vistos d'una banda per el terapeuta i d'altra banda per el pacient.

La forma d'afectar-los no sempre era la mateixa, així: els conflictes laborals i/o escolars eren més valorats com a influents en el transtorn mental per el pacient que no per el terapeuta.

Fins ací hem volgut mostrar que hi ha influència dels desencadenants psicosocials dits vitals "Lebensereignisse" (aconteixements vitals) en correlació amb la patologia mental. D'aixó mateix en parla la bibliografia recent que hem esmentat, i a més en especial els sociòlegs que accentuen alguns factors.

No n'estic gaire convençut de que sigan aquests i només aquests els factors psicosocials més significatius. Espero les aportacions del sociòlegs.

- . Cultura de l'oblit: fer servir per a un sol ús, no metabolització de lo incorporat, no hi ha temps, "zaping".
- . Cultura del buit, solitud, indiferència als estímuls aliens.
- . Cultura del desig il.limitat: tot és possible.
- . Cultura de l'homologació: sexe únic, pensament únic, indiferenciació entre els individus. (Vegis AIEMPR).
- . Cultura de la competitivitat, envejosa. No hi ha lloc per tots.
- . Cultura del "estrés", activitat excessiva, amb presses (fast-food).

4.2. Factors psicològics personals. Queixes de que han sigut afectats personalment per l'entorn.

Passem ara a analitzar en les actuals societats del benestar, quins factors psicològics hi son presents presents en les persones que hi viuen com a expressió del malestar de que estem tractant. És a dir, quins son els símptomes o transtorns mentals amb els que es manifesta el malestar de les persones en aquestes societats del benestar.

Símptomes, o transtorns mentals en les persones:

- . Manca d'identitat personal: del sentit del viure.
- . Dificultats per a diferenciar-se.
- . Inseguretad, manca de certeses (experiències dels límits).
- . Desigs insaciabls: avidesa excessiva del que encara no es té, neguit i insatisfacció.
- . Immediatesa i rapidesa de cara a la possessió dels objectes, i totalització d'allò que es vol posseir: "tot i desseguida", (procés primari). (Regressió a estadis primerencs de desenvolupament).
- . Egocentrisme, narcisisme, individualisme, competitivitat.
- . Trets perversos de la personalitat: enganys mentals mafiosos, tendències addictives.

En la parella i família:

. Afebliment o trencament dels vincles (crisi del vincle) interpersonals, de parella i familiar. Nous tipus de col·lusions de parella?

. Manca de referents grupals familiars. Pèrdua de valor del grup primari i augment de valoració dels grups secundaris.

Quina interacció es podria donar entre els factors socials i els personals?

Fent una mirada de cara al futur sobretot, cal pensar que es produeixen canvis antropològics culturals com el canvi en el que devem estar ara, si bé són lents, com saben els biòlegs. Aquests canvis resulten de l'interacció entre les vivències adquirides per l'experiència i el propi codi genètic. Les "estructures mentals" dels membres d'una la societat deu respondre d'alguna manera a la interacció i evolució d'aquests factors.

En l'actual situació psicosocial de les societats del benestar es donen fenòmens que deuen tenir importància en l'estructuració mental de les persones d'aquestes societats. Posaré uns pocs exemples d'aquests fenòmens, que obren interrogants sobre la possible configuració de noves modalitats d'estructures mentals:

El predomini de la formació en coneixements tècnics i en informàtica en relació als sabers de les ciències humanes?.

En informàtica, qüestió que ja ha sigut estudiada, predomina l'exercitació en coneixements visuals cognitius que poden tenir un notable increment, però queda mancada l'ensenyança i creixement en relacions personals afectives.

La facilitat d'entar en relació amb altres persones (internet), amb una comunicació que pot esdevenir d'un cert caire "voyeurista", si no hi ha compromís relacional emocional el qual assumeix el risc que comporta el lligam del vis a vis personal.

La banalització de la psicopatologia anomenada "perversa" (= tendències canviades de sentit) (mot que actualment s'ha suprimit de les nosologies psiquiàtriques) que pot esdevenir una conducta habitual.

Són només algunes mostres de situacions noves en les que caldrà veure quins indicadors es donen del que seria estar en el bon camí de que el ben-ésser es prioritzi sobre del benestar.

5. PSICOPATOLOGIA DE LA SOCIETAT ACTUAL:

Reprenem ara les preguntes que ens formulàvem al inici d'aquest treball.

5.1. Augment del malestar i de la psicopatologia?

5.2. Aparició de noves psicopatologies?

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

5.1. Augment del malestar causat per la psicopatologia?

Des del nostre punt de vista psicològic podriem intentem detectar si hi ha augment relatiu de psicopatologia en relació a altres èpoques i en relació a altres cultures. El que no podriem fer és determinar amb rigor científicament vàlid si l'augment de psicopatologia és degut a un augment del malestar de la societat, o al revés.

Hauriem pogut recórrer de manera primordial a estudis epidemiològics psiquiàtrics, però cal tenir en compte que aquests no ens donen una adequació prou fiable a la realitat, referent a la diferència de morbiditat entre avans i ara, és a dir, si ara hi ha més psicopatologia que avans, i aixó per algunes dificultats:

- . els diagnòstics psiquiàtrics de les darreres dècades han sofert modificacions, supressions o addicions, que fa difícil establir termes de comparació precisos.

- . hi ha més oportunitats actualment de obtenir assistència psiquiàtrica.

- . els diagnòstics psiquiàtrics es fan sobre de persones que acudeixen als professionals. Hi ha però persones amb trastorns que no van a consultar. I al contrari, van a consultar i no queden reegistrats com a trastorn psiquiàtric.

- . les cultures de cada país influencien en el fer els diagnòstics i en les estadístiques.

A més els problemes de la epidemiologia psiquiàtrica es troben en la mateixa complexitat de les variables que intervenen en els processos d'emmalaltir. Per aixó es dirigeix actualment l'interés cap a la medicació i els instruments de medicació de la salut i de la malaltia mental. Es el tema del proper congrés de la societat espanyola de epidemiologia psiquiàtrica.

Amb tot hi ha l'informe ECA (Epidemiologic Catchment Area) fet a EE.UU. 1980, en set grans ciutats americanes que inuestiga sobretot la prevalència (proporció entre les malalties) dels trastorns mentals. (Vegis taules 6 i 7).

S'afirma actualment a casa nostra (vegis informe de J.L.Rajmil) (vegis, p.e., "La Vanguardia" 8.1.99, p.20, declaracions del gerent de salut mental a Catalunya) que l'augment de patologia mental es dóna a causa sobretot dels factors psicosocials: trencaments matrimonials, pèrdua del lloc de treball i excessiva pressa originada per l'entorn social, i aixó es manifesta en patologia de caire neuròtic més que no pas la patologia de caire psicòtic.

Entre els transtorns neuròtics s'hi adscriuen l'estrès, l'anorèxia, les addiccions al ordinador, etc.

També en patologia somàtica és innegable que hi ha al occident un augment significatiu de la psicopatologia cardiovascular, p.e., que com saben molt bé els cardiólegs té un component emocional fonamental.

La coneguda i abusivament tractada patologia depressiva, pot ser una mostra del augment de la psicopatologia que afecta massivament a la població. Segurament, en el cas de la depressió aquesta sensibilizació està influenciada per les campanyes promotores de fàrmacs antidepressius.

L'episodi depressiu pot respodre a situacions molt diverses. Les tornarem a veure quan exposem les tres psicopatologies més

actuals: trastorns de personalitat, narcisisme, anorèxia mental.

5.2. Aparició de noves psicopatologies?.

En un recent article de revista (*Versicherungsmedizin*, 1998, Jun;50(3):99-103) es parla de (Moderne Erkrankungen) malalties modernes d'etiologia desconeguda però que es sospita que son degudes al entorn social.

En tot cas, si existeixen, s'hauria de veure si son degudes de manera comprobable al malestar social. Però nosaltres pensem que el que hi ha és una forma diferent, influenciat per la cultura, de manifesta-se el patiment mental.

D'una banda hi ha un millor diagnòstic d'algunes malalties que avans passaven desapercebudes: no eren prou conegudes (Alzheimer). Només, i amb molta cautela, vull esmentar una altra malaltia no nova però que es presenta novedosa tan per la seva creixent freqüència com per lo desconegut encara de la seva etiologia i les seves greus conseqüències. Em refereixo al càncer.

Us preguntareu quina relació pot guardar el càncer amb la psicopatologia... Doncs, sí!

Haig de dir que avui és un fet tal volta ja ben conegut per a vosaltres la psicogènesi del càncer. El component psicològic és en el càncer un dels factors que intervenen tan en la seva aparició com el procés de curació del pacient. Sense anim d'especular vull apuntar que la patogènia del procés canceros és un creixement atípic i destructiu d'unes cél.lules en perjudici de les altres. No és al atzar que en el tractament de nens, n'hi ha una associació, amb tumors malignes cerebrals, se'ls hi diu que dins el cap tenen algú que se'ls hi vol menjar el coco i que ells hi lluitin per tal de guanyar-lo, i resulta que aixó, és pura constatació empírica, els millora o cura.

Ara bé, ens podem preguntar quina relació podria tenir l'augment de processos cancerosos, amb la situació de lluita sorda per sobreviure o de la renúncia a viure quan la vida ha perdut sentit?.

5.3. Les noves patoplàsties. El cas de l'histèria i la anorèxia mental.

Tractarem ara de les anorexies dites mentals o nervioses. És del domini públic la seva massiva aparició. No és una malaltia nova. Segons el parer compartit també per nosaltres es tracte de una nova manera de presentar-se la antiga simptomatologia histèrica: noies, jovenetes o adolescents, amb necessitats afectives i dificultats sexuals.

Es tracte d'un fenomen relacionat amb l'entorn psicosocial. Hi ha trastorns mentals que sembla que hagin minvat en els darrers 50 anys, tal és el cas de la clàssica neurosi histèrica. Nosaltres creiem, i és opinió cada cop més compartida, que es tracte d'un canvi en la patoplàstia de la histèria, degut a les condicions del entorn psicosocial que condicionen l'aparició o no de la simptomatologia histèrica de manera determinant. És ben coneguda l'expressió depreciativa que diu del histèric que és un comediant. L'histèric intenta, inconscientment, cridar l'atenció, llençar un sos demanant afecte.

La neurosi histèrica expressa la no resolució del conflicte edípic. Davant del malestar, inconscient, al haver d'enfrontar el conflicte entre el desig incestuós d'una banda i el sentiment de culpa que es produeix de l'altra, el sofriment es desplaça cap al propi cos donant lloc a la simptomatologia de "conversió" (crisis psicomotores, paràlisis, anestèsies, etc.), o bé davant del sofriment es produeix el mecanisme de "dissociació", quedant separades de la consciència aquelles representacions mentals que ocasionarien malestar (amnèsies, "belle indifférence", etc.). Aquest són dos dels principals símptomes de la neurosi histèrica. Però a més, la persona del histèric pot manifestar una estructuració de la seva personalitat que s'anomena el caràcter histèric; és com un estil de comportament que sorgeix del mateix sofriment d'un èdip mal resolt i que cerca emmascarar-ho amb mecanismes defensius inconscients. Són comportaments seductors (sense compenetració), exhibitoris (vedettisme), egocèntrics, falsejadors, proteiformes ("camaleònics..."), etc.

Doncs bé, actualment el que s'ha modificat és d'una banda, que la simptomatologia histèrica clàssica és menys aparent. La simptomatologia histèrica està constituïda per mecanismes de defensa, inconscients, que obtenen com a "benefici secundari" el convertir-se en centre de l'atenció i el provocar en l'altre (les figures parentals sobretot) una relació ambivalent de seducció i refus al mateix temps.

D'altra banda, en la persona histèrica actualment, predominen més que no les expressions simptomàtiques, les manifestacions del caràcter histèric que, cal dir-ho, junt amb els trets de caràcter narcisista són ben cotitzats, al menys per temporada, en el món de la comunicació del mercat.

Sembla doncs que el que es cerca inconscientment en la neurosi histèrica és obtenir l'aprobació, l'afecte, l'admiració, o bé la compassió que despertaria el mostrar-se un ser desvalgut per tal de seduir al individu del sexe contrari (o del propi sexe). Actualment una caiguda pel carrer, no feta deliberadament però, que cerca cridar l'atenció, l'afecte i la compassió dels vianants; o bé una paràlisi de la cama que requereix exploracions i atencions mèdiques especials i que requereix ajut quasi constant, no resulten tan eficients seductorament com el fer-se veure com a persones importants o de fàcils contactes davant d'un públic enfervoritzat, o dins d'un cercle social en el que es valora un cert vedettisme.

I com ja hem dit hi ha el desplaçament cap a les anorèxies mentals, que veurem tot seguit.

6. TIPIFICACIÓ D'ALGUNES DE LES PSICOPATOLOGIES MÉS SIGNIFICATIVES DEL MALESTAR EN LA SOCIETAT ACTUAL. La gent que va al metge perquè està "malalta".

En cada època històrica, així ho pensem, es pot reconèixer l'estil de conducta predominant i correlativament quins modes de conducta s'aparten més del que es considera el tipus predominant i que és acceptat socialment.

Com a exemple només cal pensar en el les tonalitats introspectives

i filosòfiques (esquizoides) de fa uns segles si les comparem amb l'actual.

També és visible la tendència que hi havia per part de l'autoritat (humana o divina) a exercir un rígid control sobre del súbdits. Son abundants les expressions en moral, que perduren fins avui dia (cultures obsessives).

També depen de les cultures de cada poble, dins d'una mateixa època. A Alemanya van ser qualificades com a psicopatologia psicopàtica (psicopaties) les conductes dels subjectes que eren irreflexivament impulsius, desorganitzats, inestables, no responsables, etc. qualificació que en certs àmbits propers serien considerades conductes habituals...

Exposaré algunes de les psicopatologies que es consideren més propies del nostre temps pel que poden tenir de significació en la societat del malestar:

- 6.1. Transtorns de la personalitat "borderline" o límit.
- 6.2. Organització narcíssista de la personalitat.
- 6.3. Anorèxia mental i bulímia.
- 6.4. Diversos estils de depressió.

6.1. Estats límits o borderline.

Es tracte d'una psicopatologia avui bàsica en la nostres societats.

L'estructura anomenada estat límit o borderline, és la que dóna suport als transtorns de la personalitat que també es denominen transtorns de la personalitat o transtorns "caracterials". Aquesta psicopatologia ha adquirit un predomini social i una certa acceptació implícita en les darreres dècades. Actualment es senyala que en la clínica psiquiàtrica es troben transtorns de la personalitat en:

- 30-50 % dels pacients ambulatoris.
- 15 % dels pacients hospitalaris.
- 70-85% dels delinqüents.
- 60-70% dels alcohòlics.
- 90 % dels drogaadictes.

Senyalem allò que pot ésser més comú als transtorns de la personalitat a més dels trets específics de les diverses estructures psicopatològiques:

Manca de relacions personals íntimes. No hi ha amics a qui manifestar la pròpia intimitat. La pròpia intimitat, preconscient, no es coneguda ni per ell mateix.

Hi ha en canvi una bona relació amb els animals de tota classe, i en general amb les coses: la natura, les plantes, l'art... Les dificultats les té amb les relacions personals, íntimes, no amb les relacions "extensives", que serien les relacions de societat, en actes socials, etc.

Inestabilitat en mantenir els compromisos socials i les

vinculacions personals. Canvi sovintejat i de vegades inesperat d'ocupació, de vivenda, de parella (pluridivorciat) de rol social.

Actuacions patològiques ("acting out"). És una característica predominant. No es resolen els conflictes mentalment, s'actua enlloc de pensar. Es projecte a fora el conflicte que no ha sigut elaborat mentalment. És una forma molt expressiva de projecció patològica, fer cap enfora el que fa nosa a dins d'un mateix. És ben al contrari de quan l'acció corporal és comunicativa, serveix per a a expressar-se i al ensem per a comprendre millor alló que s'actua.

Afectivitat hipoestèsica o anestèsica. No es queda impactat per aconteixements negatius, per desgràcies físiques o morals, inclús catastròfiques. Dóna l'impressió de cinisme, li rellisquen els sentiments dels altres. I també els propis sentiments: si ha comés alguna acció que perjudica als altres, li manca el sentiment de culpabilitat. Mecanisme psicològic inconscinet de negació i peerversió que veurem al tractar de les perversions.

Manca de valoracions ètiques. Son els "amorals" de Lombroso. No diferenciació entre el bé i el mal. (La dissociació massivas no permet l'ambivalència: bó i dolent és el mateix).

Relacions emocionals paradoxals. Hi ha reaccions imprevisibles, descargues emocionals tumultuoses davant de fets externament no impactants. Es el contrari i complementari de la anestèsia emocional. És com si es destapés una olla a pressió i sortís un raig de vapor furient. Sens saber que el va destapar.

No s'accepte l'assumir les reponsabilitats últimes socials. L'ocupar el lloc de cap en grups humans. Necessita algú en qui pugui trobar suport quan es vulgui. (Manca d'identitat personal).

Per resumir-ho en una frase caricaturesca, el caracterial és com un infant gran i mal criat.

Algunes nocions de comprensió psicodinàmica. [No les vaig exposar en la presentació]

L'interpretació psicoanalítica ens pot portar a la comprensió d'una possible gènesi social. Quan es reproduïxin les circumstàncies socials que afarvoreixin la reminiscència de la patologia personal.

La franja "borderline" entre neurosi i psicosi, que estem estudiant, és una zona de transició des de la posició esquizoparanoide a la depressiva. Hi ha com un continuum. Els mecanismes de negació i le defenses maníaques son ben aparents.

Podem destacar tres mecanismes defensius que es donen en els transtorns del caràcter.

- a) Dissociació patològica.
- b) Identificació projectiva i introjectiva patològiques.

c) Organització narcíssista.

a) Dissociació.

Normalment, gràcies a la dissociació davant d'una situació confosa és pot posar a fora allò que no es pot tolerar amb lo qual es reduïx l'ansietat i es facilita el que es pugui anar metabolitzar el restant.

Però quan la dissociació és patològica perquè hi ha excés d'ansietat, es perd aquesta possibilitat d'anar incorporant poc a poc la realitat tota sencera. I es perd també la possibilitat de diferenciar entre el que és bó i el que és dolent.

En la societat actual es pot donar això?

Hi pot haver un dèficit o un excés de dissociació.

Dèficit de dissociació.

Quan hi ha por de poder fer una diferenciació entre aspectes bons i dolents, hi haurà dèficit de dissociació i no es podrà sortir de la confusió davant de les ansietats.

Excés de dissociació.

Quan hi ha massa dissociació no es poden integrar els aspectes bo i dolent en un mateix objecte, no es pot integrar una relació personal, ambivalent, es a dir una relació amb algú (l'objecte) que té aspectes positius i altres de negatius. Relacions parcials davant de la por a ser invadit

b) Identificació projectiva i introjectiva.

Tant la projecció com la introjecció poden ser sanes o patològiques.

Amb la projecció una persona pot ésser alliberada d'aspectes (objecte) dolents. Però si la projecció és excessiva junt amb allò dolent es pot treure a fora i buidar-se d'allò necessari pel propi aparell psíquic.

Quan la projecció doncs és massiva, la pèrdua porta a un empobriment o debilitació del propi jo. Manca acceptar les dificultats, les pèrdues.

L'introjecció és el mecanisme pel qual podem incorporar i aprendre. Però si la introjecció és massiva pot debilitar al jo, no es poden assimilar tantes relacions bones, es sent desbordat i no protegit.

Hi ha massa informació que no es pot assimilar en la societat?

Segons Melanie Klein una ansietat molt intensa pot portar a una excessiva idealització de les bones relacions que s'ha interioritzat. Llavors el jo queda tan subordinat a aquesta relació idealitzada, que el propi jo forma com una "closca" que recobreix allò idealitzat. De manera que no hi ha interacció entre el jo i la relació idealitzada. Aparentment el jo ha recobert tot lo idealitzat però no ho ha assimilat. Per això si perd allò idealitzat no passa res, no estava assimilat.

En altres termes, no s'ha pogut passar cap a la posició depressiva en la que el jo es fa càrrec d'allò assimilat i quan ho perd se'n dol.

c) Organització narcíssista. La veurem tot seguit (6.2).

Com es pot comprendre aquesta nova situació en la societat del benestar?

Sembla que es pot reviuire en l'adult el model psicopatològic que en les primeres experiències infantils es va anar estructurant defensivament segons els mecanismes de defensa caracterials. Quan en l'adult la situació ambiental és sentida com a incerta i no acollidora pot induir a no mirar ni interessar-se per els altres sino només per a un mateix, tendència egocèntrica, que esgota els dinamismes operatius en un mateix. Aixó genera bàsicament insatisfacció en l'individu, que ha d'anar cada cop tenint més per a satisfer-se, p.e. consumir més, i al no quedar satisfet malgrat les noves adquisicions (estratègia psicològica del creadors de consum?) ha d'aspirar a tenir-ho "tot". Talment com els infants en la fase del "procés primari" que van a la recerca del plaer només, (principi de plaer per sobre del principi de realitat), i que ho desitjen tenir "tot" i ho agafen però tot seguit ho abandonen (com les peces de roba que no duren més que una temporada...) quan se'ls hi ofereix qualsevulga producte que'ls enlluerni i els hi presenti una nova experiència de plaer.

A més, aixó que es "necessita", s'ha d'assolir "desseguida", ara mateix, "ja", immediatament. No hi pot haver un temps intercalar d'espera, d'esperança, d'elaboració per a incorporar la nova situació que es presenta com a satisfactòria. És el segón aspecte del procés "primari": a més del "tot" hi ha el "desseguida", abdosos son indicadors del transtorn de personalitat quan es dona en l'adult un transtorn "caracterial" o "psicopàtic". Aquest transtorn posa de manifest que la persona s'ha deturat, fixació, o ha fet una regressió, en la seva evolució i s'ha estructurat en una fase en la que encara no s'havia superat la tolerància a la frustració, en la que l'infant no havia assolit passar des d'una situació autosatisfactòria cap a una situació heterosatisfactòria, lo qual es produeix mitjançant la renúncia a les pulsions primàries, de plaer, en favor dels desigs del procés "secundari" de la realitat. En aquest procés secundari es cerca assolir la realitat acceptant fer el dol de lo perdut o renunciat, acceptant positivament el sofriment que suposa fer camí cap a la reparació o restauració creativa que és el procés normal del creixement emocional i cognitiu.

És propi del caracterial el "viure en la immediatesa", la pèrdua del sentit de la continuïtat històrica: del passat i del futur. I el protegir-se inconscientment amb una apatia frívola davant dels successos adversos, de les calamitats. Davant d'elles no s'immuta.

Tal volta degut a la manca de perspectives socials es desenvolupen estratègies de supervivència que prometen la salut física i psicològica. Quan el futur es presenta amenaçador i incert roman la retirada sobre el present. Present que es pretén reciclar-lo amb una joventut infinita i es devalua i s'abandona el passat i les tradicions.

Hi ha "apatia", com si allò tr'agic s'hagués abolit, apatia feta de una paradoxal sensibilizació epidèrmica envers les relacions

socials superficials (una festa, vendre darrera un taulell, sens entrar en contacte personal), i al ensems que una profunda insensibilizació o indiferència afectiva envers les relacions profundes amb els altres. Dificultat o incapacitat d'establir un vincle, un lligam personal estable. Queda en una situació "flotant".

A més, l'excés, la plètora d'informació actual propicia la "no metabolització" per part del receptor. La nostra escorça cerebral no està preparada per a assimilar-la.

En efecte és el cervell antic, el paleoencèfal (rinencèfal, sistema límbic) el que ha de recollir emocionalment i guardar les informacions rebudes i seleccionades en el teleoencèfal o cervell evolucionat. Si no es poden metabolitzar les informacions rebudes rellisquen com li passaria al qui volgués seguir simultàniament 20 canals de TV. "El jo es converteix en un mirall buit a força d'informacions" Es perd l'imatge d'un mateix, només recerca interminable dins de la pròpia closca amb preguntes sense resposta.

Està relacionat això amb la cultura del "buit"? Molta informació i poc sediment que incorpori el cervell i sobretot que entri en les zones del rinencèfal (món intern emocional inconscient).

Cal pensar que lo personal i lo social estan relacionats per un procés global que regeix el funcionament psicopatològic.

6.2. Organització narcíssista.

Dins de l'estructura caracterial cal tenir en compte l'organització narcíssista. D'ací que hi ha alguns elements que els hi son comuns.

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

Aproximació psicològica al narcíssisme.

En les primeres fases del desenvolupament personal l'infant es troba en el pas des d'una posició psicològicament difícil (esquizoparanoide) plena de terrors primerencs, separació, carences, pors d'ésser agredit, en la que es protegeix amb defenses diverses (negació de la realitat, idealització, identificació amb un altre omnipotent, etc.) cap a una posició en la qual ell ha d'assumir la realitat tal com es presenta i fer front a les pèrdues i frustracions. Això no ho fa sense sofriment, però és la condició de possibilitat per a que arribi a establir relacions personals realistes i satisfactòries, i encara per a que arribi a seer capaç d'entrar en el procés de simboliació que li permeti de creixer mentalment i de ser creatiu.

Doncs bé, per circumstàncies diverses pot ocórrer que aquest pas d'una posició a l'altre queda dificultat. L'infant no té coratge per abandonar les defenses protectores que li evitaven caure en els temors i el caos d'aquesta primera posició i poguer saltar cap a la posició en la que haurà d'enfrontar la difícil realitat renunciant a les pulsions infantils plaenteres que li permetia la primera posició. Quan aquesta situació arriba a estructurar-se ens trobem amb el nucli de la organització narcíssista. El jo es recobreix com d'una closca defensiva inconscient, invulnerable a

qualsevolga penetració frustrant; si s'esquerdés aquesta closca, li sortiria a fora com un volcà tot el malestar insuportable o fins i tot la mort mental. Ha de viure sol evitant el perill i el sofriment de tota relació vinculant que entri endins, no de la relació superficial, que no entra més enllà de la superfície de la "closca" protectora.

Per aixó el narcissiste mira de protegir-se a ell mateix i ignora a l'altre que podria ser font de conflictes. "Estimar-me a mi mateix suficientment perquè no hagi de necessitar ningú per a ésser feliç" dit per un dels leaders del maig del 68, uns anys després de la revolucó. O bé la dita actual encara: "és el teu problema i no el meu"

Dit amb termes psicodinàmics més precisos, l'**organització narcissista** seria la conseqüència i la causant al mateix temps del conflicte o de la manca de relacions personals.

Si la relació que s'ha interioritzat és molt idealitzada, no se la pot assimilar, llavors se la fa passar a formar part del propi self. No es diferencia lo interioritzat idealitzat i el propi self. "Lo ideal soc jo mateix". Identificació patològica.

Si hi hagués separació entre lo idealitzat i el self, la dependència del altre seria brutal i produiria una enveja insuportable i se'l hauria de destruir. Si és nega la dependència s'evita l'enveja. No hi ha frustració. No hi ha posició depressiva. El self és estimat per tothom sense haver de donar res.

Recopilant un xic el que hem dit: el transtorn narcissiste s'origina al protegir-se inconscientment per a no sentir cap frustració, que resultaria intolerable, seria la pròpia destrucció. Es comprén, perquè les defenses narcissistes eviten que la personalitat amb nuclis psicòtics es desmoroni en el caos psicòtic. Per aixó la closca amb que es protegeix inconscientment el narcissiste és una defensa que no es pot afluxiar, inclús en un procés psicoanalític, sino és amb moltes precaucions.

En aixó es diferencia del **transtorn borderline** o límit de la personalitat, en el qual hi ha moments baixos frustrants en els quals es deprimeix, o també pot tenir moments en que reacciona davant la por a ser perjudicat amb una "actuació" (acting out) compulsiva patològica, no controlada. El narcissiste no. Es manté sempre en una aparent estabilitat protectora. Nega inconscientment, d'entrada, qualsevolga esquerda que el pogués deprimir.

Els **aspectes socials** de l'organització narcissista.

S'ha arribat a dir que hi ha hagut una mutació antropològica amb l'aparició en la societat del neo-narcissisme personal, nova forma del "individualisme". ("La era del vació" pp.50 i ss. Lipovetsky, G. El jo es converteix en la preocupació central i única.

És un individualisme desprovist dels valors socials i morals que coexistien en l'individualisme capitalista.

Ara es tracte de que la pròpia esfera privada s'ha emancipat de qualsevolga marc transcendent comú i queda exposada únicament al desig canviant del individu. Tot lo públic queda aplanat per la banalització de tot alló que és social i no individual propi.

Però no sols s'ha buidat les institucions socials del seu contingut, per tal de neutralitzar el perill que suposaria la frustració, també el propi jo s'ha "buidat de la seva pròpia identitat". L'allò social aton, és el correlat a un jo indiferent, apàtic.

Així, si es manté en la apatia, no l'impacten els funcionaments dels ritme accelerats i frenètics de la societat.

Per al narcisista la "solidaritat humana" té una alta valoració social, pot ser només una aparença, encara que ell l'aprovi. En mig d'una assemblea solidària es pot trobar en plena solitud. La solidaritat en aquest cas és una racionalització defensiva protectora del seu individualisme.

La tendència social a "l'homologació" cerca eliminar les diferències, porta a la carència de límits o fronteres definibles i això pot posar en joc un trasbals psicològic en les persones que es veuen amenaçades per la pèrdua de la seva identitat. Dins d'una societat amb tendència a la "homologació", ¿no és el narcisisme un intent de descolocar-se per a satisfer a seva necessitat de sobreviure individualment?, i ¿no ho és també l'anorèxia mental, el símptome estretament lligat al narcisisme?

Recollint algunes de les aportacions psicosocials. Sembla que es relaciona amb l'organització narcisista:

El propi plaer. El benestar individual.
El tendir en tot a la individualització: a la protecció de lo propi, al "privat" que es podria exemplificar en:

- . la cura extremada de la pròpia salut.
- . preservar els propis interessos, la situació material (assegurances de tota classe).
- . desfer-se de tot el que li pot treure benestar (les depressions...amb "pastilles de la felicitat" i cercar el que li pot donar plaer, p.e. vacances pròpies esperades com a recurs de salvament.
- . manca d'ideal, ni de cap objectiu transcendent.

Pertany als sociòlegs comprovar aquestes afirmacions. A nosaltres ens pertoca analitzar si les personalitats narcisistes que ens trobem tenen relació amb l'ambient social i saber què les pot codeterminar psicosocialment.

6.3. Anorèxia mental i bulímia.

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

L'anorèxia és de fet, una psicopatologia que "està de moda". Malauradament el tractament s'aborda en molts cassos de manera competent però parcial, al no fer-se càrrec de la totalitat del trastorn que és eminentment psicosocial i familiar; així es perden possibilitats curatives i més encara, possibilitats reorientadores de la noia i de la família que ho pateix. Actualment s'inverteixen

recursos en crear llits hospitalaris enlloc de centres de S.M. d'atenció primària.

He dit noia perquè com es sabut es tracte d'una patologia que afecta molt principalment a noies (només el 4-6 % de les anorèxies son homes), noies o adolescents 12-18 a. o més, amb una simptomatologia específica d'anorèxia i anar acompanyada d'amenorrea, i hiperactivitat.

La configuració malaltissa de l'anorèxia és complexa. Hi ha diferents tipus de situació anorèxica. Des d'un episodi transitori d'aprimament extremat per tenir més bon aspecte fins a situacions encronitzades que afecten a la personalitat transformant-la parcialment.

És opinió bastant compartida que es tracte d'un trastorn clínicament proper a la patologia histèrica, una forma de presentació patoplàstica actual, i també propera a una estructura de personalitat borderline.

Dues modalitats d'anorèxia.- Des del punt de vista psicoanalític s'hi veu: a) des d'una conflictiva edíptica molt resolta, trastorn de tipus neuròtic menys greu fins a: b) una organització narcíssista (trastorn pregenital), la qual segons la gravetat del procés deix apareixer el possible fons psicòtic latent que pot portar a situacions de gravetat extrema fins i tot letals, amb un final de mort per caquèxia, el 6% al cap de 10 anys, el 18% al cap de 30.

A nosaltres avui ens interessa el seu estudi pel que té d'exponent clar d'una patologia psicosocial.

Ací més bé que en altres patologies es pot distingir el que és una predisposició estructural de la persona anorèxica (conflicte edípic o genital, i conflicte psicòtic pregenital), del que és la psicogènesi familiar (especialment l'ascendència materna), i del que és l'influència de la pressió del entorn social com a desencadenant de la malaltia (la moda de l'estilització). I la propaganda d'aprimar-se com a font de felicitat, crear amics, etc. Però el resultat conjunt és un quadre ben perfilat.

Dins de les varietats anorèxiques, creiem que s'hi pot trobar un denominador comú. A més de les que hem dit de no menjar o fer-ho d'amagat, amenorrea, hiperactivitat, i enganys, s'hi pot afegir que:

. Son persones amb una gran influenciabilitat, fàcilment suggestionables (trets histeroides), son joves... (pensem en les concentracions de multituds entregades darrera dels seus leaders), amb una identitat personal poc definida i una sexualitat immadura no encarrilada.

L'ambient que actualment envolta a les anorèxiques també és indiferenciat. I per a poder surar i ser algú cal ser competitiu. A més el sentiment que tenen és de que es demana molt per poder sobresortir i aixó es relaciona amb el fet de que son persones hiperactives o s'hi transformen. Voldrien assolir ser les primeres, ho intenten amb la hiperactivitat i ho intenten procurant arribar a obtenir una silueta modèlica envejable.

. Si es desvetllen sentiments d'enveja, i no sols de competitivitat, envers els altres es pot arribar fins a la

autodestrucció enlloc de la destrucció envejosa de l'altre.
. La línia familiar ascendent femenina: mare, àvia...sol estar implicada en aquest patologia. Ja en les vivències primerenques de la persona, s'ha viscut una situació de rivalitat. La relació amb la mare o àvia és al ensems de molta dependència (identificació) i també de gran rivalitat (atacs).

Per aixó les formes de tractament de les anorèxies és complexe: a més del tractament somàtic i el control atent de la medicació cal oferir una atenció personal psicoteràpica, entrevistes del grup familiar (com a generador, i també com a objecte de projecció del malestar), i també ajudar al creixement de la salut mental, del benésser de la persona i no tan del benestar....

Les **bulímies**, apareixen com a entitat diagnòstica el 1980 (DSM-III). És una entitat amb patologia compartida amb la anorèxia. Aprareix en edats més tardanes, en general, que la anorèxia. Més feqüent també en les dones. Només el 10-15 % de bulímies es donen en homes.

Es manifesta per la tendència impulsiva a menjar i/o a picar i preocupació per el control del pes corporal. De vegades al sortir d'una anorèxia apaeix una bulímia. Poden coexistir.

6.4. Diferents maneres de depressió.

Al tractar (5.1.) del augment de la psicopatologia en la societat actual, veiem que les anomenades depressions, la "depre", formen part del consum social habitual.

Dic consum perquè l'oferiment en el mercat d'una medicació (el "Prozac") com a panacea del segle per a obtenir felicitat i erradicar les depressions ha contribuït segurament a desvetllar símptomes depressius.

Ans de veure la simptomatologia manifestament depressiva podem analitzar una simptomatologia que va en augment, les preocupacions davant del fet d'emmalaltir: les hipocondries, i les somatitzacions com a "equivalents depressius".

L'hipocondria

No és una malatia recent, al contrari. Ja és estudiada per Hipòcrates, amb la seva arrel grega hipocondria = per dessota del condrocostal (cartílag de les costelles) postura que ocupa el fetge i que és lloc d'elecció per al dolor.

Ja en el "malalt imaginari" de Molière caricaturiza una dolència que avui és força general. No ocorre pas així en temps de guerra o de necessitats socials de carència, com vam poguer veure els qui teniem us de raó durant durant la nostra guerra civil.

L'influència de l'entorn psicosocial és doncs ben manifest. Hi ha com una lluita contra l'enemic exterior en temps de misèria, de guerra, etc, i en temps de benestara un desplaçament cap al propi cos com si aquest fós dipositari del enemic a perseguir, hipocondries, somatitzacions lesionals, o preocupacions sobre l'emmalaltir. És una mostra de la circularitat cos-ment. Al parlar sobre la circularitat ment-cos en varem fer ja esment.

Doncs bé la simptomatologia hipocondríaca expressa en el cos el que no ha pogut elaborar la ment, la no resolució de conflictes

mentals que haurien cursat amb elaboració del dol. Per aixó son considerades aquestes psicopatologies com a "equivalents depressius".

Ara bé hi pot haver hipocondries neuròtiques, més lleus, i hipocondries psicòtiques força greus (vegis Hernández, V., Font, J. (1986).

L'hipocondria psicòtica té conseqüències socials. L'hipocondriac greu ataca el cercle familiar, el laboral i el social.

Un altre factor psicològic personal molt relacionat amb la manca de lloc social del individu és l'ensorrament psicològic emocional davant la inutilitat del viure o de manca d'objectius.

Pensem que és una manifestació pròpia del malestar en el nostre temps el de tantes persones, ja grans o no, inclús joves que senten que estan en el món com de sobres, que no interessen a ningú o que no tenen res a fer i com a consqüència s'ensorren, cauen en una "depressió" (en alemany: Senkung que vol dir ensorrar-se) .

És aixó una patologia "primària"? o bé és el correlat de sentir-se que el que es fa no és necessari, ni útil pels altres, que si se'ls dóna quelcom per fer és només "perquè s'entretinguin..." Aixó pot passar no sols en jubilats i gent en atur sino a qualsevulga persona.

Anem ara a les **depressions** qualificades **psicopatològicament**.

Sota la categorització de síndrome depressiva o de símptomes depressius s'hi apleguen varietat de manifestacions depressives i diferents tipus etiològics (o al menys patogèncis) de depressions. En primer lloc cal dir que hi ha la depressió o símptomes depressius, saludable, normal. Es produeix tristesa, dol, inhibició, etc. davant la mort o pèrdua d'un ser molt estimat.

El voler treure aquest dol amb medicació antidepressiva, quan no es veu compicat amb altra patologia, és un error que danya, ja que es treu l'oportunitat d'elaborar el sofriment del dol que esstimula elrestaurar la ferida vital produïda per la pèrdua i el reviuere el creixement mental.

Les varietats de depressions que es troben en les classificacions psiquiàtriques actuals, CIM-10 i DSM-IV, son agrupades segons criteris sobretot quantitativs de intensitat de la simptomatologia depressiva, dels períodes de duració, i de les freqüències amb que es produeixen.

Si hi apliquem un criteri qualitatiu psicogenètic creiem que podem obtenir una diferenciació més adequada a la realitat patològica i terapèutica.

El criteri que nosaltres hi apliquem és segons el model psicoanalític ja vist en els capítols anteriors.

Diferenciarem:

1. Depressions **neuròtiques** o **reactives** que es produeixen enfront de situacions conflictives, externes i/o internes, que no han quedat resoltes o que estan en vies de elaboració.

L'estructura psicopatològica sol ésser **neuròtica**, en el qual cas l'evolució i el pronòstic com també el tractament ofereixen possibilitats més favorables.

Son les que es donen en els transtorns histèrics i, tal com hem vist, en aquelles anorèxies que son com a equivalents histèrics. En

les anorèxies més greus, el tipus de pressió és fluctuant. Els símptomes que corresponen a depressions "reactives" neuròtiques de caire histèric són: ansietat i irritabilitat, mal humor, inestabilitat emocional depenent de les circumstàncies sentides ja com a adverses o ja com a favorables, actituds provocadores d'auxili, cridant l'atenció amb pseudointents de suïcidi, p.e. fer-se petits talls en les venes del polze, prendre dosis altes de psicofarmacis tenint cura però de que es decobreixi a temps aquest intent; fer gestos de que es vol tirar per la finestra quan això pot ser impedit per altres, i així altres actituds com el simular intents de suïcidi o inclús intentar-ho però prenent precaucions...

2. Depressions fluctuants. No es tolera la frustració. L'estructura de la personalitat correspon a una **organització narcíssica**. La depressió sol presentar un caire "**fluctuant**", hi ha oscil·lacions d'estat d'humor amb facilitat, recerca de satisfaccions egocèntriques que produeixen tristeses i inhibicions al no poder suportar les frustracions que esdevenen. Són persones que ni s'acaven de deprimir en profunditat ni se'n surten de la depressió mitjançant un procés de dol i reparació. Les depressions **fluctuants narcíssiques** presenten sovint símptomes de fatiga, esgotament, impotència, incapacitat de seguir treballant o estudiant. No poder suportar el pes de l'existència. Per a la pròpia integritat psíquica o física. S'acusa als altres de que no se'l escolten, de que li fallen. Queda depenent d'ells de cara a la millora o empitjorament de la depressió. És possible que la vulgarització que s'ha fet de la frase: "té la depre" estigui relacionada amb aquesta mena de situació depressiva que té la base en la intolerància a la frustració.

3. Greus o melanconioses.

Si el trastorn de personalitat és sever poden apaeixer els nuclis psicòtics latents i sorgir una depressió melanconiosa, la greu depressió **melanconiosa** que correspon a trastorns de fases conflictives primerenques de la personalitat. La depressió és profunda i pot arribar fins a produir la mort o el suïcidi. A diferència de la "nit fosca" de l'ànima, no resta ací cap espurna d'esperança de recuperar l'objecte perdut, o destruït. Ací dominen la tristesa profunda, la foscor absoluta, el buit total, sense cap classe d'esperança. No hi ha cap futur possible. Malestar, refús a l'ajut personal inclosa la medicació que no és ben acceptada. Ansietats de culpa persecutòria. Sentir-se que s'està irremediablement perdut enfront del sentiment intern d'aniquilament de ser destruït sense sortida possible. Inhibició de pensament i de l'activitat que pot arribar a manifestar-se en una passivitat total. Quedar-se al llit, tancar-se a la cambra, sense menjar, ni dormir, ni desitjar cap tipus de relació. Talment com una mort mental, una anticipació de la mort real. No sols no hi ha desig de viure sino que hi ha desigs autodestructius, impuls a treure's la vida per si mateix. El suïcidi pot venir, en els moments que apunta la milloria i es sent amb més impuls per portar a terme l'acció suïcida. Cal recordar que les depressions melanconioses, en la nosologia psiquiàtrica actual, serien anomenades depressions majors, i que

si es repeteixen només amb depressió serien anomenades "monopolars"; poden donar-se alternant amb fases maníacques, en aquest cas es tractaria de trastorns "bipolars". També avans hem parlat de les hipocondries psicòtiques en les que el fons depressiu es manifesta per una simptomatologia dolorosa insuportable que és projecció d'un conflicte mental de caire melanconios.

Resum.- Podem concloure veient què significa el fenomen antropològic de la depressió en les actuals circumstàncies de la societat del benestar.

Tota depressió és originada per una pèrdua o carença física o mental (emocional), des d'un petit o gran contratemps fins a una malaltia greu, fins la mort.

Davant d'aquesta realitat de manca de tendència a cap a la mort, s'experimenta sofriment més o menys difícil de tolerar (d'elaborar). D'ací venen les diverses possibilitats socials de depressió que hem apunta i que son en resum:

. Depressió saludable. Davant la pèrdua s'accepta el procés de reparació, amb sofriment que porta cap al goig. El lligam o vincle es pot restaurar. "Nits fosques de l'ànima"

. Depressió neuròtica. Posa en joc mecanismes, inconscients de restauració, però son errònis, enganyosos: p.e. es poden desvetllar sentiments de culpa falsos.

O bé ha de desplaçar el sofriment des de lo psicològic cap al cos ("conversió", anorèxia,...).

. Depressió fluctuant. Els mecanismes defensius no permeten tolerar cap frustració, s'ha de tancar en una closca egocèntrica, narcisista, no pot tolerar el sofriment de corregir els errors. Ni s'acava de deprimir del tot ni es troba mai bé.

. Melanconia. Negació inconscient de la pèrdua o de la amenaça. Persones amb trastorns de personalitat. No han establert vincles estable de relació personal. Quan esclata la pressió interna o externa pot caure en una melanconia. Passen de la negació inconscient del sofriment a la mort mental o física.

7. SALUT MENTAL I BEN-ÉSSER. Indicadors de salut mental.

He intentat mostrar algunes interaccions del malestar entre ment-cos, psicològic-social, que son constatables actualment i que interesen a la nostra jornada: "el creixent malestar de les societats de benestar", sense més pretensió que oferir una base de diàleg.

Ans d'acabar, i tal com he anunciat al inici del treball, em sento il.lusionat en recuperar i fer reviure aquells indicadors de salut mental que varem establir de manera relativa i provisional ara fa més de vint anys i que encara son referents per a molts professionals de la salut.

Deiem aleshores:

"La salut en general i la salut mental en particular és aquella manera de viure qu s'esdevé quan es va assolint un "bon ésser" individual i social, mitjançant un procés dinàmic a partir d'unes capacitats genètiques en constant interacció amb el medi. Els element d'aquest "ben ésser" son:

1. La **reacció** davant les dificultats i els canvis del medi extern o intern, ja siga en ordre a **adapatar-shi** ja siga en ordre a transformar-lo quan el medi és danyí.
2. Un **progressiu** i no interromput procés de **creixement** personal mental basat en l'estimació .
3. **Creativitat constructiva** (no destructiva), que porta noves maneres de pensar o de viure en qualsevolga dimensió humana.
4. **Autonomia mental** que suposa capacitat assimilativa i el poguer establir lliurement per un mateix la norma a seguir. Capacitat de "normalitzar", de "tipificar" les informacions que reb d'acord amb la pròpia consciència.
5. **Unitat mental, identitat pròpia**, fer-se càrrec de tot el procés vital, de la pròpia vida i de la pròpia mort (situació anticipada en cada malaltia) i de les pèdues de possibilitats.
6. **Relacions interpersonals integradores**, satisfactòries per a un mateix i per als demés, respectant l'autonomia dels altres.
7. **Gaudir** de les satisfaccions que comporta la **recerca** d'aquest objectius que es proposa. No sols de la consecució.

A més, per assolir un "bon ésser" cal que la societat presenti unes estructures i sistemes de valors que permetin de fomentar la salut. I que l'entorn siga viable ecològicament".

Penso que queda com a rerafons de tot el que hem dit, sobretot al parlar de les depressions, que hi ha una pèrdua de interioritat que dificulta el fer front al sofriment de manera creativa i no solament anestèssica, amb lo qual tal volta es pot assolir un benestar més o menys fràgil i persistent però es perd la possibilitat de la joia de viure en un benésser.

Nota. Sobre un estudi de camp, a comunicar al congrés internacional de la AIEMPR Juliol 1999. Tema: "La crisi de les certeses. L'experiència dels límits".

A manera de **CONCLUSIONS** o **suggerències** per al diàleg:

Sembla que a la base del malestar en les societats del benestar es troba que

- a) està **dificultada la capacitat de elaborar el dol** que es produeix per les frustracions i les pèrdues de la vida.
- b) Aquesta dificultat de elaborar el dol està relacionada amb els **mecanismes protectors, defensius**, conscients o inconscients de la personalitat.
- c) Hem passat d'una cultura educativa "superjoica punitiva o persecutòria" a una altra "alliberada", sense entrar en una cultura "superjoica integradora" i per aixó no es passa a la posició depressiva EP->D.

d) En l'actual societat es tracte d'evitar les frustracions o pèrdues i el sofriment que produirien. Es tracte de defugir tot sofriment vivint tal com a un li plau en cada moment i sense mesura.

e) Així es produeix el que al **no arribar a una depressió saludable** (fer el dol i reparar) apareixen:

La protecció defensiva consisteix en els símptomes psíquics i corporals i en els transtorns de personalitat que hem descrit.

- . **depressions, somatitzacions** (equivalents depressius).
- . **anorèxies i bulímia.**
- . trets de **personalitat borderline.**
- . Organització **narcissista** de la personalitat.

Aquestes serien les característiques que sobresurten en el malestar personal en les societats del benestar.

BIBLIOGRAFIA citada.

ARMENGOL, R., FONT I RODON, J. (1992) "Una concepción antropológica del dolor y del sufrimiento desde el psicoanálisis", pp. 277-304. Madrid: UPCO.

ATXOTEGI, J. et al. (1984) "Els desencadenants de la malaltia mental" (pp.179-194) en: El procés de emmalaltir. XII Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana. Castelló de la Plana. Barcelona: Inst.Estud.Cat.

BARBOSA, P. et al. (1984) "Factors psico-socials i malaltia mental" (pp.195-216) en: El procés d'emmalaltir. XII congrés de metges i biòlegs de llengua catalana. Castelló de la plana. Barcelona: Inst.Est.Cat.

GOL, J. (Coord.) (1976) Ponència "Funció social de la medicina". La salut: Definició. Font i Rodon, J. pp.143-154. Xè congrés de metges i biòlegs de llengua catalana. Perpinyà. Barcelona: ACMCB.

FONT I RODON, J. (1983) "Salut i malaltia mental" a "Salut mental i treball social". pp.92-108. Barcelona: Laia

HERNÁNDEZ ESPINOSA V., FONT I RODON J., (1986) "Relación mente-cuerpo en la clínica psiquiátrica", en "Mente y cuerpo" pp. 219-238, Bilbao: Mensajero.

LIPOVETSKY, G. (1988) "La era del vacío" Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Anagrama.

Alguns articles recents sobre patologia psicosocial:

"Genetic and environmental influences on human behavioral differences". Annu Rev Neurosci 1998;21:1-24

Egle UT; Hoffmann SO; Steffens M "Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Pradisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung". Nervenarzt 1997 Sep;68(9):683-95

"Urban ecological structure and perceived child and adolescent psychological disorder". Soc Sci Med 1997 Jun;44(11):1649-59.

Sroufe LA. "Psychopathology as an outcome of development". Dev Psychopathol 1997 Spring;9(2):251-68

Werner K; Poustka . "Typische Konfigurationen psychosozialer Belastungsfaktoren psychiatrisch auffälliger Kinder und Jugendlicher". Z Kinder Jugendpsychiatr 1996 Dec;24(4):240-52

Aneshensel CS; Sucoff CA". The neighborhood context of

adolescent mental health". J Health Soc Behav 1996
Dec;37(4):293-310

Zetterstrom R. "Psychosocial influence on the physical and
mental development of Swedish children". Eur Child Adolesc
Psychiatry 1996;5 Suppl 1:67-72

Tousignant M. "De l'etiologie sociale aux implications
politiques?". Sante Ment Que 1995 Autumn;20(2):7-14

"Basic behavioral science research for mental health.
Sociocultural and environmental processes. Basic Behavioral
Science Task Force of the National Advisory Mental Health
Council". Am Psychol 1996 Jul;51(7):722-31

Sullivan PF; Wells JE; Bushnell JA. "Adoption as a risk
factor for mental disorders". Acta Psychiatr Scand 1995
Aug;92(2):119-24

TI: Socioeconomic status and neurotic disorder [letter]
AU: Hrdy-DB
SO: Lancet. 1998 Oct 3; 352(9134): 1152

TI: Attachment styles and personality disorders: their
connections to =
each other and to parental divorce, parental death, and
perceptions of =
parental caregiving.
AU: Brennan-KA; Shaver-PR
AD: Department of Psychology, State University of New York,
Brockport =
14420-2914, USA. kbrennan@po.brockport.edu
SO: J-Pers. 1998 Oct; 66(5): 835-78

TI: [Prevalence of mental disorders in the general
population of =
Catalonia. Team of the Health Survey of Catalonia]
TO: Prevalencia de trastornos mentales en la poblacion
general de =
Catalunya. Equipo de la Encuesta de Salud de Catalunya.
AU: Rajmil-L; Gispert-Magarolas-R; Roset-Gamisans-M; Munoz-
Rodriguez-PE; =
Segura-Benedicto-A
AD: Institut de Salut Publica de Catalunya, Universidad de
Barcelona. =
lrajmil@bellvitge.bvg.ub.es
SO: Gac-Sanit. 1998 Jul-Aug; 12(4): 153-9
AB: OBJECTIVE: The objective of the study is to estimate
the prevalence =
of mental disorders in the general population of Catalonia.

TI: Psychosocial factors at work and subsequent depressive
symptoms in =
the Gazel cohort.
AU: Niedhammer-I; Goldberg-M; Leclerc-A; Bugel-I; David-S
AD: INSERM (National Research Institute on Health and

Medicine), Unit =
88, Hopital National de Saint-Maurice, France. =
i.niedhammer@st-maurice.inserm.fr
SO: Scand-J-Work-Environ-Health. 1998 Jun; 24(3): 197-205

TI: Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder.

AU: Lewis-G; Bebbington-P; Brugha-T; Farrell-M; Gill-B;
Jenkins-R; =
Meltzer-H

AD: University of Wales College of Medicine, Heath Park,
Cardiff, UK. =

wpcghl@cardiff.ac.uk

SO: Lancet. 1998 Aug 22; 352(9128): 605-9

TI: [Anxiety: personality, life style or illness?]

TO: L'anxiete: personnalite, style de vie ou maladie?

AU: Pelissolo-A

AD: Service de Psychiatrie, Hopital Fernand-Widal, Paris.

SO: Encephale. 1998 May-Jun; 24(3): 247-51

TI: [MCS, CFS, FMS, SBS and other "modern" illnesses]

TO: MCS, CFS, FMS, SBS und andere "moderne" Erkrankungen.

AU: Nasterlack-M

AD: Abteilung Arbeitsmedizin und Gersundheitsschutz, BASF

AG, =

Ludwigshafen.

SO: Versicherungsmedizin. 1998 Jun 1; 50(3): 99-103