ELS DESENCADENANTS DE LA MALALTIA MENTAL

J. ATXOTEGUI. (Coordinador)
B. BORDENAVE, C. COPS, R. ECHEVARRIA, R. FERRER,
J. FONT, L. GOMEZ, I. LAUDO, A. PIQUÉ, R. RAVENTÓS,
V. SASTRE i M. TRIAS

Hospital Sant Pere Claver
Departament de Psiquiatria i Psicologia Clínica
Secció d'adults

El fet que circumstàncies com la pèrdua d'un fill, del cònjuge, una crisi familiar greu, etc., siguin capaces d'afectar profundament l'equilibri mental d'una persona fins al punt de desencadenar trastorns psíquics greus és perfectament conegut, no només pels treballadors de la salut mental sinó que és una evidència per a l'home del carrer («si tal o tal circumstància segueix així, em tornaré boig», sentim a dir sovint) i està àmpliament recollit i expressat en la cultura popular. Així, en el nostre medi, ja ho assenyala l'escriptor català del s. XVI, Lluís Vives.

Tanmateix, tot i l'evidència de la qüestió, per poc que hi reflexionem, anirem veient que se'ns plantegen nombrosos interrogants. Ens preguntarem, per exemple, perquè determinades persones són capaces d'elaborar situacions adverses mentre que d'altres, no. O perquè persones que durant molt de temps han tolerat circumstàncies difícils són víctimes de trastorns mentals greus en relació amb esdeveniments de –almenys a primera vista– molt relativa importància. Així, Bruno Bettelheim en els seus escrits sobre els camps de concentració assenyala com, de vegades, esdeveniments que podien ésser considerats banals eren els que desencadenaven els episodis més greus de descompensació.

¿És que, potser, existeixen esdeveniments dotats d'un simbolisme especial per a determinats subjectes, podríem preguntar-nos? Quina relació tenen amb la seva estructura de personalitat, amb l'edat psicobiològica (pensem en l'adolescència, la menopausa, la vellesa), amb les valoracions que cada cultura fa de les circumstàncies segons la pròpia concepció del món? Perquè són tants els pacients en els quals no trobem circumstàncies desencadenants? Moltes preguntes a les que, com anirem veient, encara no podem oposar respostes suficientment satisfactòries.

Potser una breu mirada a alguns aspectes de la història de la cultura ens ajudaria, presentant-nos alguns exemples, a reflexionar sobre aquestes complexes relacions entre els esdeveniments de la vida i la malaltia mental. Així, ens podríem preguntar per la relació entre la malaltia mental de Hölderlin i la mort de la seva amant Susette Gontard, o per la relació entre els trastorns psiquiàtrics d'Antonin Artaud i el

fracàs de la seva experiència de teatre radical, entre tants de casos coneguts... Però potser seria remuntant-nos a la mitologia grega que trobariem alguns dels millors exemples de com, tot i les circumstàncies més adverses, hi ha homes, com Ulisses, que per la seva perseverància, la seva intel·ligència i la seva fidelitat han esdevingut un dels paradigmes de l'esperit humà capaç de superar l'adversitat mentre que altres homes, que també patiren les més adverses circumstàncies, esdevingueren finalment víctimes de la bogeria, com seria el cas del mític Hèrcules. De la mateixa manera que podríem preguntar-nos per la relació entre la greu crisi familiar d'Orestes i la seva follia...

Concepte

En el nostre estudi definim els desencadenants de la malaltia mental com les circumstàncies objectivables que poden succeir al llarg del procés vital i que poden ésser associades a l'aparició (irrupció) de trastorns mentals. Diem objectivables per evitar d'entrar en el terreny, més proper a l'hermenèutica, de la valoració dels conflictes intrapsíquics –enveja, rivalitat, dependència, etc.– difícilment quantificables però no per això menys importants (després comentarem les limitacions que es donen en el camp del quantificable).

El terme desencadenant seria equivalent al d'esdeveniment de la vida, tant utilitzat en nombrosos estudis dels darrers anys. Tanmateix, la nostra perspectiva tendiria a ésser més àmplia en el sentit que discreparíem de nombrosos autors per als quals els esdeveniments de la vida en relació amb la salut mental serien els successos qualificats de negatius (negatius per a qui?, des de quina perspectiva?...). Per altra part, trobem excessivament genèrica la definició de Swartz per a qui els esdeveniments de la vida són «las crisis o sucesos que llevan a un cambio en el rol social del individuo, en su status o ambiente o a una experiencia dolorosa». Així mateix, el terme circumstàncies va més enllà del concepte de stress, concepte sobre el qual va treballar, a principis de segle, W. Cannon des d'una perspectiva molt psicofisiològica, línia en la qual varen continuar els treballs de Seyle. Actualment i des d'una perspectiva més psicològica, a l'estat espanyol hi ha els treballs de Rivera que defineix l'stress com el «conjunto de modificacions en el funcionamiento basal del organismo directament atribuibles a la eliminación o adaptación a estímulos nocivos o peligrosos, reales o imaginarios». En aquest sentit, l'stress seria una de les respostes de l'individu enfront de les circumstàncies desencadenants.

En la nostra opinió, poden actuar com a circumstàncies desencadenants esdeveniments que objectivament, és a dir, en aquest cas, convencionalment, no només no són traumàtiques o stressants o negatives sinó fins i tot circumstàncies a primera vista clarament «positives», de millorament en l'status social, d'assoliment d'objectius pels que el pacient, a vegades, ha lluitat durant molt de temps. En la pràctica clínica de tots nosaltres hi ha casos de persones que són víctimes de trastorns mentals –a vegades molt greus– quan aconsegueixen els objectius pels quals han lluitat llargament.

Pensem que pretendre donar a la circumstància desencadenant un valor en si mateixa és un error. El concepte de desencadenant està íntimament lligat al d'allò sobre el que actua desencadenant, és a dir, l'estructura de la personalitat –amb totes les seves variables: aspectes constitucionals, història personal, moment psicobiològic...– i amb el concepte d'allò a què dóna lloc, és a dir, a la malaltia mental en tot quant suposa de nova estructuració de la personalitat i sobre la qual el desenca-

denant ha tingut una especial incidència (ha actuat, fins a cert punt, com una clau imaginària, segons l'expressió d'un de nosaltres).

Pensem que és en relació amb aquest conjunt, des d'aquesta perspectiva holista, que el desencadenant adquireix el seu valor just. Pretendre atribuir a la circumstància un valor en si mateixa, com passa en alguns treballs, ens sembla excessivament mecànic. (Fins i tot, hi ha pacients que milloren dels seus simptomes en circumstàncies greus.)

Finalment, voldriem acabar aquest breu comentari amb algunes consideracions:

1. En relació amb la intensitat del desencadenant, hi ha autors, com Cervera, que proposen de classificar-los en forts i febles. El DSM-3 també estableix una escala de 8 ítems per a mesurar la intensitat de l'stress (ja hem comentat abans que diferenciem l'stress del desencadenant). Pensem que, encara que aquesta valoració és molt desitjable, està insuficientment clarificada i que és possible que diferents desencadenants actuin potenciant-se, o a la inversa.
2. Creiem que, a l'hora de valorar els desencadenants, ha de tenir-se en compte tant la perspectiva del pacient com la del terapeuta ja que ambdues poden ésser pertinents, si es té en compte que estan realitzades des de punts de vista diferents (en aquest sentit, la metodologia utilitzada per M. Harris en les ciències socials, que hem aplicat en el nostre estudi, creiem que pot ésser d'interès).
3. Pensem que de la mateixa manera que parlem de desencadenants de la malaltia mental, també podem parlar de desencadenants de la curació o, almenys, de la compensació.
4. Creiem que pretendre de fer una llista de desencadenants seria una tasca dificultosa, donada la seva extensió. El fet que en nombrosos pacients no sigui possible de trobar circumstàncies desencadenants ens porta a pensar que encara som lluny d'una comprensió en profunditat del tema.

El desencadenant des de la perspectiva psicoanalítica

En els darrers anys, el desenvolupament de la teoria psicoanalítica ha seguit un curs bidireccional i en certa manera contradictori en relació amb la influència de les circumstàncies externes en la vida mental ja que, per una part, s'ha donat una importància més gran al context social i ambiental del subjecte i, per l'altra, es constitueix el món intern com l'espai on s'esdevé la vida psíquica. D'una part, la psicoanàlisi s'ha apropat més a la realitat social en la que viu el subjecte, a la complexitat de les relacions de classes, de poder, etc., i s'ha fet conscient de la seva importància, infravalorada en els primers moments. D'altra part, s'ha aprofundit en la línia, ja marcada en part per Freud, d'anar cap a una major valoració del món intern.

Des de la perspectiva de les relacions objectals, els desencadenants serien circumstàncies que actuarien sobre l'estructura de la personalitat provocant situacions de canvi en l'equilibri preexistent. Com assenyala Grinberg, tot canvi és capaç de mobilitzar ansietats en funció de l'afecció, de la fixació a allò que es perd en la nova situació (ansietats depressives) així com ansietats relacionades amb el temor al nou i, per tant, desconegut (ansietats persecutòries). En definitiva, tot canvi posa en marxa processos de dol. Tanmateix, no totes les estructures de personalitat responen de la mateixa manera a aquests processos d'elaboració de dol. I serien les personalitats estructurades entorn a una confiança bàsica en la bondat de l'objecte, en la possibilitat d'esperar, aquelles que podrien tolerar les ansietats del canvi.

No obstant això, en la primera concepció freudiana, l'esdeveniment traumàtic, tal

i com Freud el va conceptualitzar, remet a una concepció econòmica del psiquisme: falla, en primer lloc, el principi de constància, en ésser incapaç l'aparell psíquic de descarregar l'excitació.

En un primer moment, la conceptualització de desencadenant era empírica i, per tant, s'accentuava la importància d'un esdeveniment real que afectava el subjecte perquè aquest no podia integrar en la seva personalitat conscient l'experiència que li havia esdevingut.

Es considerava l'esdeveniment traumàtic com una escena real o fantasmàtica en la qual el subjecte sofria alguna cosa passivament. Això està lligat a la «teoria de la seducció» que Freud formula entre 1895 i 1897.

La clínica mostra que el subjecte emmalalteix en fantasmatitzar les escenes reals i que aquests fantasmes serveixen per a dissimular la imperiosa activitat pulsional.

És important la inclusió d'un doble moviment perquè sempre s'ha de cercar, darrera el fantasma, allò que serveix de base en la realitat, aquells indicis percebuts de l'escena originària.

Aquesta recerca, important en la pràctica clínica, de fets reals, dolorosos o insignificants per al subjecte, que funcionen com a veritables restes que s'inclouen en l'escenificació imaginària d'una determinada neurosi o psicosi i que permeten d'arribar a la veritat del desig inconscient, allunya la psicoanàlisi de tota metafísica i de tota filosofia.

Així mateix, des de la perspectiva dels desenvolupaments teòrico-clínics de la psicoanàlisi, en la psicosi, el desencadenant seria el no poder simbolitzar la realitat, no poder-se separar d'ella ja que el simbòlic apareix caigut en el real. Allò que s'actualitza en qualsevol neurosi o en qualsevol psicosi seria el que no es va poder ubicar en els orígens.

La pràctica ens mostra que el pacient exhibeix els seus símptomes encara que li causin displaer, per tant, el desencadenant de la malaltia s'ha de cercar en el fantasma, que és allò que «fa plaer», que és una funció consoladora per al subjecte, no articulada amb la resta de la seva personalitat.

Tot pacient és reticent sobre el seu fantasma, és silenciós, el guarda per a si mateix. Aquest pudor té l'estructura mateixa de la neurosi.

El pacient està estructuralment desordenat pel seu fantasma. Aquest, al qual hem de prestar la màxima atenció, aconsegueix de treure plaer al gaudi, assoleix allò en què el símptoma fracassa. El pacient sempre tracta de sostreure'l a la interpretació però hem de saber que és una frase i que s'ha de reconstruir en la clínica.

El desencadenant a través de la clínica

A continuació presentem un cas clínic on intentarem mostrar com apareix el desencadenant en les primeres formulacions del propi subjecte i com evoluciona al llarg de la relació amb ell.

Es tracta de la senyora A., una dona de 48 anys, casada i amb tres fills entre 14 i 18 anys. Allò que caracteritza el seu quadre clínic és l'aparició d'una depressió uns deu mesos abans, amb apatia, tristesa, i desinterès per les coses. El motiu immediat de la consulta, però, és que quinze dies abans apareix una gran ansietat amb insomni i idees obsessives relacionades amb la por a embogir i a suïcidar-se. Aquestes idees ocupen continuament el pensament i motiven que la pacient consulti diverses vegades, en pocs dies, els serveis d'urgències dels hospitals generals.

La pacient arriba al nostre Centre acompanyada del seu marit. És presa d'una gran ansietat i manifesta de seguida els seus temors obsessius relacionats amb l'impuls de matar-se. Ara bé, el que interessa destacar aquí és que molt ràpidament, tant ella com el seu marit, ens expliquen la idea que es fan de l'origen dels trastorns: segons ells, són deguts a l'acumulació de situacions que ha produït forta tensió en la pacient. És a dir, apareix de forma espontània un *ventall de desencadenants*, una autèntica recerca de motius que expliquin la gran ansietat present i, per tant, ajudin a contenir-la. En aquest cas invoquen, per una part, un conflicte amb la filla gran que comença a fer-se independent, a sortir de nits i a tenir amistats poc tranquil·litzadores per als pares (el temor es concreta en la idea que es pugui fer drogaaddicta), i per altra part, citen com una altra circumstància desencadenant la por de la pacient a ser defraudada en la compra d'un terreny que estan a punt d'acabar de pagar. Al costat d'aquestes circumstàncies, n'apareixen d'altres referides als altres fills, a les dificultats econòmiques, etc.

L'entrevistador, encara que és portat ràpidament a fixar l'atenció en aquestes circumstàncies desencadenants, intenta indagar un altre fet sobresortint, que és l'edat de la pacient (inici de la menopausa). Com que no troba inicialment elements significatius, ha d'acceptar per bona la forma com se li presenta la clínica: és a dir, en una persona fins aleshores sense simptomes, apareix un quadre d'ansietat extrema com a conseqüència de la suma de diverses circumstàncies desencadenants.

Ara bé, un cop resolta la urgència de la situació, el seguiment ulterior d'aquesta pacient aportarà altres elements que permetran il·luminar de forma diferent els fets: uns mesos després d'aquesta consulta, i trobant-se la senyora A. simptomàticament compensada, el seu marit ha d'ésser hospitalitzat urgentment i sofrir una intervenció quirúrgica. Durant aquest període i també després, la nostra pacient està raonablement preocupada i molt activa, però no reapareixen els simptomes. Més endavant, en noves entrevistes, s'aprecien altres elements tals com una personalitat obsessiva antiga, amb simptomes neuròtics clars (per exemple, rituals d'assegurar, una vegada i una altra, que la porta del pis o la clau del gas estan tancades), o la mort d'un germà, succeïda un any abans i que alguns somnis mostren com un procés de dol difícil i inacabat. A més, certs canvis en les relacions amb els fills i el marit permeten de veure que els elements psicològics propis de la menopausa hi són actius.

Tot això ens fa treure les següents conclusions: es tracta d'una pacient amb una estructura neuròtica antiga, a qui l'inici de la menopausa i *certes circumstàncies desencadenants* lligades a alguns dels conflictes bàsics (per exemple, la rivalitat amb la filla, que comença a tenir les seves pròpies relacions) originen una descompensació greu amb aparició d'ansietat incontenible. La manifestació espontània d'aquests desencadenants ajuda a orientar-se en els seus conflictes i també a contenir l'ansietat d'origen desconegut. En aquest cas, i de forma ben clara, hom pot observar com una altra circumstància desencadenant (l'hospitalització del marit), que pot ser font de gran ansietat en d'altres persones, no actua en aquest cas produint efectes semblants.

Bibliografia

Pensem que els treballs referents a aquest tema poden agrupar-se en dos grans capítols:

1. Treballs en la línia de la recerca d'una escala d'esdeveniments de la vida que permeti de classificar-los per ordre d'importància en relació amb l'aparició de

trastorns mentals. L'escala es confecciona a partir de l'emplenat d'un qüestionari.

2. Treballs en la línia d'estudiar, des del punt de vista de la clínica, els esdeveniments de la vida que, fonamentalment, des d'un punt de vista objectiu, poden relacionar-se amb l'aparició del trastorn mental (és a dir, més que no pas des de la perspectiva d'allò que el subjecte considera esdeveniment de la vida associat a la seva malaltia, seria allò que el terapeuta, a través de les seves dades –tant clíniques com socials– en relació a les circumstàncies del pacient, considera pertinent).

Tal i com hem expressat, el nostre treball, orientat en aquesta segona línia, pretén de diferenciar ambdues vessants: la del pacient, subjectiva –èmic– i la del terapeuta –ètic–, com veurem en l'estudi.

En relació amb el primer grup d'estudis, és obligatori citar el de Holmes i Rahe que, a més, va ésser el primer treball, des del punt de vista històric, que va utilitzar tècniques de quantificació en l'estudi dels esdeveniments de la vida. Aquest estudi, publicat l'any 1967 (es va passar un qüestionari, a 394 pacients, en el qual havien de puntuar, de 1 a 100, 43 esdeveniments de la vida prenent com a punt de referència el matrimoni al qual es varen assignar 50 punts) va aportar una escala on va obtenir la màxima puntuació la mort de l'esposa, amb 100 punts, seguida del divorci amb 73 i la mínima, anar-se'n de vacances i transgressions menors de la llei, amb 13 i 11 punts respectivament.

Els autors consideraven que els resultats del seu estudi eren independents de les variables culturals i que els diversos esdeveniments de la vida que estan descrits en l'escala s'havien de considerar acumulatius de manera que, si se superaven els 300 punts anuals, es corria perill greu de contreure una malaltia mental.

Ja hem expressat anteriorment les nostres reserves envers la fiabilitat d'aquest tipus d'escales que expressen, més que res, la ideologia del subjecte o del seu medi. En relació amb la pretesa no afectació dels resultats per factors culturals, hem d'assenyalar que, ja dintre del mateix estat espanyol, González de Rivera –que va utilitzar una escala de Holmes i Rahe modificada– troba diferències d'aquest tipus en relació amb l'estudi citat.

Així mateix, la pretensió d'acumular mecànicament els esdeveniments de la vida és evident que pateix d'una important manca de perspectiva estructural (tal i com assenyala recentment Lobo, per exemple).

També, el fet clarament sorprenent que els enquestats canaris (397 pacients i acompanyants d'un hospital general) donessin puntuacions baixes a esdeveniments tals com el divorci o l'avortament provocat, mostra fins a quin punt els aspectes ideològics o socials poden alterar els resultats d'aquest tipus d'estudis.

L'any 1971, Paykel confecciona una altra escala, que modifica la de Holmes i Rahe, afegint-hi 18 items nous i troba que «diferentes personas dentro de la sociedad norteamericana expresan un moderado consenso en relación a los transtornos que acontecimientos de la vida pueden producirles», tal i com ho havien assenyalat Holmes i Rahe.

Els esdeveniments de la vida més valorats per la mostra eren els que tenien relació amb pèrdues afectives (19,33 i 18,76 punts, respectivament, sobre 20, per a la pèrdua d'un fill i la pèrdua de l'esposa), essent els menys valorats de tots els ressenyats en el qüestionari els que tenien relació amb circumstàncies «positives» tals com «fill casat amb aprovació», «embaràs desitjat», o «inici d'un treball».

Pensem que el fet que aquestes enquestes siguin de tipus mental prospectiu, és a dir, basades en demanar a l'enquestat que s'imagini quina circumstància l'afectaria més o menys, les fa necessàriament limitades en les seves possibilitats de copsar

altra cosa que això: la «ideologia» del pacient (i, de manera especial, la ideologia de la seva «cultura», o, més ben dit, de la cultura dominant en el seu medi).

En relació amb el segon tipus d'estudis, els basats en la valoració dels esdeveniments a partir de les dades psicosocials del pacient, hem de dir que són diversos els autors que assenyalen que els pacients psiquiàtrics han estat víctimes d'un nombre més gran d'esdeveniments de la vida que els de mostres preses a l'efecte, com a grups control, en la població en general.

Així, l'anteriorment citat Paykel troba, en un estudi sobre 185 pacients en l'inici de la seva simptomatologia depressiva comparats amb una mostra de 938 persones de la mateixa comunitat (Connecticut) durant el mateix període (6 mesos), que els pacients depressius havien tingut 313 esdeveniments de la vida (1,69 de mitjana per persona) enfront de 109 esdeveniments de la vida en el grup control (0,59 de mitjana).

Tot això ens suggereix la pregunta: no hi haurà una participació de la persona, per la seva estructura, en el desencadenament dels esdeveniments de la vida? Amb la qual cosa, si és que no hem partit des d'una perspectiva estructural, holista, situaríem el problema on estava en un principi. Perquè és la pròpia estructura de la personalitat, en permanent interacció amb el medi, la clau de la comprensió de la dinàmica dels desencadenants de la malaltia mental.

L'estudi

El context en què té lloc aquest estudi és el d'un hospital general, ubicat en el barri del Poble Sec i estretament vinculat a la problemàtica, tant sanitària com social, dels habitants de la zona de Montjuïc.

A l'hospital funciona un departament de Psiquiatria, una part del qual ha entrat a formar part de la xarxa de C.A.P. creada per la Diputació de Barcelona, fent-se càrrec específicament de l'assistència en el districte segon de la ciutat, districte que comprèn el Poble Sec, la Zona Franca i una sèrie de nuclis de població dispersos entorn de Montjuïc.

L'estudi que presentem està realitzat a partir de les dades recollides pels membres del citat C.A.P. integrat per tres psiquiatres, dos psicòlegs, una assistenta social i una secretària amb una dedicació setmanal de 200 hores, tot l'equip.

La població atesa és, segons el cens, de 86.000 persones, majoritàriament de classe treballadora, amb un important component emigratori i fortament afectada per la recessió econòmica i l'atur.

Per a la realització d'aquest estudi el Servei no ha comptat amb cap tipus d'ajut.

El nostre treball es basa en l'estudi dels pacients visitats en el C.A.P. durant els dos primers anys d'assistència: 1982 i 1983. En total, foren visitats 400 pacients i, a partir de les seves històries cliniques, es va omplir la H.P.A.B.[1] a la qual es va afegir un nou bloc dissenyat pel nostre propi equip, amb 15 tipus de circumstàncies desencadenants (veieu taula 2). Prèviament a l'emplenat del bloc citat, s'havia passat a cada membre de l'equip terapèutic una pregunta oberta en la qual cada clínic havia reflectit les circumstàncies desencadenants tal i com les expressaven el pacient i el

[1] HPAB: Història Psiquiàtrica Automatitzable Barcelona, dissenyada pel C.I.P.P. (Col·lectiu d'Investigacions Psicopatològiques i Psicosocials, de la Fundació Vidal i Barraquer, de Barcelona).

terapeuta (ambdós dintre de la perspectiva de la relació assistencial) per ordre d'importància. Una vegada contestades totes les preguntes, es varen classificar en els citats quinze grups i es varen transcriure, després, les respostes.

Una dada que s'ha de tenir en compte en el nostre estudi és que, tal i com s'expressava més amunt, tots els items de circumstàncies desencadenants estan omplerts tant des de la perspectiva del pacient com des de la del terapeuta. Aquesta variant que hem introduït, de la qual no coneixem cap altre estudi precedent, s'ha utilitzat perquè es considerava tan vàlida la visió del pacient com la del terapeuta (ambdós membres de l'encontre terapèutic) i ens ha estat facilitada, a nivell d'aproximació conceptual, per les teories del materialisme cultural de Marvin Harris que, com se sap, distingeix clarament en els seus estudis el vessant de l'observador (etic) i de l'observat (emic), considerant ambdues vessants com a igualment vàlides. Així, per a Harris, l'etic serien els pensaments i la condcuta enfocats des de la perspectiva dels observadors i l'emic, els pensaments i la conducta enfocats des de la perspectiva dels propis observats. La prova de l'adequació de les descripcions etic és la seva capacitat de generar teories fructíferes, des d'un punt de vista científic, sobre les causes de les diferències i semblances d'allò que hom estudia. La prova de l'adequació de les descripcions i els anàlisis emic és la seva correspondència amb una visió del món que els observats accepten com a real, significativa o apropiada per a ells.

Aquest enfocament està extrapolat de l'antropologia, però, ha de tenir-se en compte que prèviament havia estat dissenyat des de la lingüística –la ciència més avançada a nivell teòric– i pensem que pot aplicar-se amb èxit al camp de la psi-
cologia.

Per altra part, el nostre estudi es basa no en allò que els pacients opinen sobre quins esdeveniments de la vida els semblarien més impactants hipotèticament ni en les dades objectives de la vida del pacient que a l'investigador o al clínic li puguin semblar més influents sobre l'estat mental del subjecte, sinó sobre aquelles dades que el material clínic, dintre de la relació assistencial –variable operant i que no sempre és valorada suficientment–, aporta des de la doble perspectiva del pacient i del terapeuta.

Discussió

Comentarem a continuació, breument, algunes de les dades més significatives obtingudes en estudiar els encreuaments entre les variables que hem trobat més interessants. Prèviament hem de dir que el descriptiu general dels pacients de la mostra estudiada presenta, tal i com es pot veure en la taula n.º 1, elevats percentatges de pacients de sexe femení (la qual cosa concorda amb nombrosos estudis), de psicòtics, de solters (potser relacionat amb el paràmetre anterior), d'emigrants i de treballadors. En relació a la distribució per edats, la mostra és bastant uniforme (recordem que els C.A.P. només atenen persones més grans de divuit anys). Per altra part, des de la perspectiva dels desencadenants més citats, tant pels pacients com pels terapeutes, destaquen els items: «conflictes paterno-filials», «malaltia física pròpia» i «no resposta».

En relació a les diferències de valoració entre el pacient i el terapeuta, veiem a la taula n.º 2 que, en general, l'entrevistador valora més els items «malaltia física d'un

TAULA 1. *Descripció de les dades més significatives de la mostra*

N. pacients	400
Sexe	61 % femení, 39 % masculí
Estat civil	41 % solters, 43 % casats en primer matrimoni, 6 % separats, 8 % vidus, 2 % altres
Estudis	64 % sense estudis o estudis primaris, 28 % estudis secundaris, 3 % universitaris, 5 % altres
Lloc de naixement	61 % Catalunya, 13 % Andalusia, 4,6 % Aragó, 4,5 % Castella-Lleó, 3,1 % Múrcia, 2,8 % País Valencià, 2,2 % Extremadura, 8,8 % altres
Diagnòstic principal	9,61 % psicosis de base orgànica, 11,49 % esquizofrènia, 4,01 % psicosis afectives, 4,01 % estats paranoides, 4,81 % altres psicosis no orgàniques, 23,2 % neurosis, 22,9 % trastorn de la personalitat
Migració segons localitat	53,4 % rural a metropolità 27,2 % urbà a metropolità
Problemes psicopatològics	4,4 % trastorns del son, 9,2 % problemes físics diversos, 2 % intents de suïcidi, 12,2 % ansietat, temors, 13,9 % humor deprimit, 3,7 % aïllament, 5,1 % sospites, persecució, 6,8 % ira, bel·licositat, 4 % agitació
Edat	17 % 18-24 anys, 38 % 25-45 anys, 16 % 45-55 anys, 9 % 55-64 anys, 5,3 % 65-74 anys

TAULA 2. *Els desencadenants segons el terapeuta i el pacient*

	Terapeuta	Pacient
1. Sense resposta	33,51 %	38,97 %
2. Conflicte relació paterno-filial	10,45 %	9,67 %
3. Conflicte relació parella	6,70 %	7,52 %
4. Separació paterno-filial	0,80 %	0,80 %
5. Separació en la parella	4,29 %	3,76 %
6. Malaltia o esdeveniments físics propis	8,31 %	9,40 %
7. Malaltia física o mental d'un acostat	6,97 %	4,83 %
8. Mort de persona acostada	5,89 %	2,95 %
9. Situacions traumàtiques	1,87 %	1,07 %
10. Situacions de canvi no traumàtiques	5,89 %	2,41 %
11. Situacions carencials	2,68 %	1,34 %
12. Situacions de frustració afectiva	5,89 %	5,10 %
13. Conflictes laborals i/o escolars	4,55 %	6,72 %
14. Atur	0,8 %	1,34 %
15. Altres	1,34 %	4,03 %

acostat», «mort d'un acostat», «canvi no traumàtic» i «situacions carencials» mentre que el pacient valora més les situacions de «conflicte laboral i/o escolar» i «l'atur». Aquestes diferències creiem que poden estar relacionades, d'una part, amb la valoració conceptual, des del punt de vista del terapeuta, de la importància dels esdeve-

Taula 3. *Els desencadenants segons el sexe i segons la perspectiva terapeuta-pacient*

Els desencadenants	Segons terapeuta		Segons pacient	
	Masculi	Femeni	Masculi	Femeni
1.	41,95 %	28,26 %	52,44 %	30,56 %
2.	5,59 %	13,47 %	3,49 %	13,53 %
3.	3,49 %	8,69 %	3,49 %	10,04 %
4.	1,39 %	0,43 %	2,09 %	0,00 %
5.	3,49 %	4,78 %	3,49 %	3,93 %
6.	6,99 %	9,13 %	7,69 %	10,48 %
7.	3,49 %	9,13 %	0,69 %	7,42 %
8.	6,99 %	5,21 %	1,39 %	3,99 %
9.	3,49 %	0,87 %	1,39 %	0,87 %
10.	6,99 %	5,21 %	1,39 %	3,05 %
11.	1,39 %	3,47 %	1,39 %	1,31 %
12.	4,19 %	6,95 %	3,49 %	6,11 %
13.	7,69 %	2,60 %	9,79 %	4,80 %
14.	1,39 %	0,43 %	2,79 %	0,43 %
15.	1,39 %	1,30 %	4,89 %	3,49 %

TAULA 4. *Els desencadenants segons solters i casats en primer matrimoni i segons la perspectiva terapeuta-pacient*

Els desencadenants	Segons terapeuta		Segons pacient	
	Casat 1er. matrim.	Solter	Casat 1er. matrim.	Solter
1.	43,39 %	28,22 %	49,05 %	30,24 %
2.	7,54 %	11,04 %	3,77 %	11,11 %
3.	3,14 %	12,27 %	2,57 %	14,19 %
4.	0,62 %	0,61 %	1,25 %	0,61 %
5.	2,51 %	0,61 %	1,88 %	1,85 %
6.	3,14 %	14,11 %	4,40 %	14,19 %
7.	4,40 %	7,97 %	3,14 %	6,79 %
8.	6,28 %	6,13 %	1,88 %	3,70 %
9.	2,51 %	1,22 %	1,25 %	1,23 %
10.	8,80 %	4,90 %	4,40 %	1,23 %
11.	3,14 %	1,22 %	0,62 %	2,46 %
12.	7,54 %	4,29 %	8,17 %	2,46 %
13.	4,40 %	3,13 %	8,80 %	7,40 %
14.	1,25 %	0,61 %	3,77 %	0,00 %
15.	1,25 %	0,61 %	5,03 %	2,46 %

niments relacionals, donada la seva orientació dinàmica. I, de l'altra, amb la tendència del pacient a projectar fora els conflictes, donades les dificultats que suposa fer-se'n càrrec.

Referint-nos ja a l'encreuament entre les variables, en relacionar desencadenants i sexe trobem, tal i com queda reflectit en la taula n.º 3, que les dones referei-

TAULA 5. *Desencadenants més significatius segons l'edat*

Edat	Desencadenant	% Terapeuta	% Pacient
18-24 anys	conflicte paterno-filial	6 %	9 %
(17 %)	esdevenim. fiscis propis	6 %	13 %
	frustració afectiva	11 %	9 %
	conflicte laboral i/o escolar	5 %	3 %
	no resposta	35 %	38 %
25-45 anys	conflicte parella	13 %	13 %
(38 %)	malaltia física pròpia	4 %	8 %
	conflicte paterno-filial	13 %	9 %
	conflicte laboral i/o escolar	5 %	10 %
	no resposta	34 %	29 %
45-55 anys	conflicte paterno-filial	15 %	19 %
(16 %)	conflicte parella	5 %	9 %
	malaltia física pròpia	10 %	8 %
	conflicte laboral i/o escolar	2 %	3 %
	no resposta	34 %	32 %
55-64 anys	conflicte paterno-filial	9 %	6 %
(9 %)	conflicte parella	3 %	6 %
	malaltia física pròpia	9 %	6 %
	conflicte laboral i/o escolar	3 %	9 %
	malaltia persona acostada	9 %	9 %
	mort persona acostada	9 %	14 %
	no resposta	15 %	9 %
65-74 anys	esdevenim. físics propis	15 %	20 %
(5,3 %)	conflicte paterno-filial	5 %	5 %
	conflicte parella	5 %	5 %
	no resposta	45 %	55 %

xen més circumstàncies desencadenants que els homes, en tots els ítems, destacant especialment la diferència en els següents: «conflicte paterno-filial», «conflicte de parella», «malaltia d'un acostat» i «mort d'un acostat».

Pensem que aquesta diferència pot estar relacionada, en part, amb el fet ja reflectit en d'altres estudis (Tizón i col·laboradors) que, en el nostre medi cultural, les dones tenen un major «insigth» i també valoren més que els homes els aspectes emocionals i de relació. Però, d'altra part, el fet que en la nostra mostra predominin, entre els homes, diagnòstics més greus, en la línia del psicòtic, ens indueix a pensar que aquesta diferència és menys gran d'allò que la citada taula reflecteix.

En relació amb les diferències segons l'estat civil hem de dir que, tal i com es veu en la taula n.º 4, els solters refereixen, en una proporció més gran que els casats en primer matrimoni, els desencadenants de «canvi no traumàtic», «frustració afectiva» i «conflicte paterno-filial» mentre que els casats valoren més els ítems «esdeveniment físic propi», «malaltia pròpia» i «malaltia d'un acostat». Quant a l'ítem «esde-

TAULA 6. *Desencadenants més significatius segons la classe social*

Classe social	Desencadenant	% Terapeuta	% Pacient
Treballadora (62 %)	conflicte paterno-filial	11 %	9 %
	conflicte parella	7 %	7 %
	malaltia física pròpia	8 %	9 %
	malaltia persona acostada	8 %	6 %
	conflicte laboral i/o escolar	4 %	6 %
	no resposta	30 %	43 %
Mitjana (8 %)	conflicte paterno-filial	7 %	10 %
	conflicte parella	14 %	7 %
	malaltia física pròpia	7 %	14 %
	malaltia persona acostada	8 %	3 %
	conflicte laboral i/o escolar	7 %	10 %

TAULA 7. *Desencadenants més significatius segons el diagnòstic*

Diagnòstic	Desencadenant	% Terapeuta	% Pacient
Neurosis (23 %)	malaltia física pròpia	15 %	21 %
	conflicte paterno-filial	14 %	12 %
	conflicte parella	11 %	11 %
	no resposta	24 %	16 %
Trastorns del caràcter (23 %)	malaltia física pròpia	8 %	11 %
	conflicte paterno-filial	7 %	10 %
	situació de frustració afectiva	10 %	10 %
	no resposta	37 %	37 %
Esquizofrènia	conflicte paterno-filial	8 %	8 %
	conflicte laboral i/o escolar	8 %	10 %
	no resposta	60 %	57 %
Psicosis afectives (4 %)	malaltia física pròpia	21 %	21 %
	no resposta	28 %	57 %
Estats paranoides (4 %)	conflicte laboral i/o escolar	7 %	28 %
	conflicte paterno-filial	7 %	14 %
	no resposta	21 %	28 %

veniment físic pròpi» pensem que podria estar relacionat amb què els casats solen tenir més edat que els solters i també més responsabilitats econòmiques, familiars, etcètera. Per altra part, els solters refereixen més desencadenants que els casats, tant des de la perspectiva del pacient com des de la del terapeuta.

Pel que fa a la variable edat, podem veure en la taula n.º 5 que els desencadenants s'adapten molt a les característiques de l'existència en cada etapa del cicle

TAULA 8. *Desencadenants més significatius segons el país de naixement*

País	Desencadenant	% Terapeuta	% Pacient
Andalusia	malaltia física pròpia	11 %	15 %
(13,3 %)	malaltia persona acostada	4 %	9 %
	conflicte paterno-filial	15 %	9 %
	conflicte parella	4 %	17 %
	situac. frustració afectiva	4 %	18 %
	no resposta	36 %	38 %
Aragó	malaltia física pròpia	13 %	20 %
(4,3 %)			
Castella-Leó	malaltia física pròpia	25 %	25 %
(4,6 %)	malaltia persona acostada	25 %	12 %
	no resposta	25 %	31 %
Galicia	conflicte paterno-filial	–	18 %
(3,17 %)	malaltia física pròpia	9 %	18 %
	no resposta	36 %	27 %
País Valencià	conflicte paterno-filial	40 %	20 %
(3 %)	malaltia persona acostada	20 %	–
	canvi no traumàtic	30 %	10 %
	no resposta	10 %	40 %
Catalunya	malaltia física pròpia	7 %	8 %
(61 %)	malaltia persona acostada	7 %	4 %
	conflicte paterno-filial	8 %	10 %
	conflicte parella	9 %	8 %
	separació parella	1 %	5 %
	frustració afectiva	7 %	6 %
	conflicte laboral i/o escolar	6 %	8 %
	no resposta	35 %	39 %

vital. Així, resulta interessant d'observar com els adolescents i els vells –en els extrems del cicle– coincideixen a valorar com a importants els «esdeveniments físics propis» o els «conflictes paterno-filials». També es pot veure com, per exemple, l'ítem «conflictes laborals o escolars» baixa d'un 10 % a un 5 % entre els 25-45 i els 45-55 anys, d'acord, sens dubte, amb l'estabilitat i adaptació al treball que es dóna en aquestes edats, mentre que veiem com torna a augmentar el percentatge en la dècada següent. O bé com els conflictes de parella arriben al seu màxim entre els 25-45 anys després van davallant i arriben al nivell més baix entre els 55 i els 64 anys.

Pel que fa a la taula n.º 6, la classe social, podem veure com la «malaltia física pròpia» és citada en major proporció entre els pacients de classe mitjana. També observem que, en aquesta classe social es dóna l'index més gran de respostes, la qual cosa podria estar en relació amb una major capacitat, per condicionaments culturals, de racionalitzar i de relacionar els conflictes.

Des del punt de vista diagnòstic (taula n.º 7) podem assenyalar la gran importància que adquireix l'item «malaltia física pròpia» en les neurosis, els trastorns de caràcter i les psicosis afectives, mentre que els conflictes laborals són de gran importància en els estats paranoics. Els conflictes paterno-filials són similars en tots els grups i l'index de no respostes és molt baix –per sota la mitjana– en les neurosis i els estats paranoides i molt elevat en l'esquizofrènia. Aquests resultats ens semblen força compatibles amb el que era previsible d'acord amb les característiques psicopatològiques de cada trastorn psiquiàtric.

Des del punt de vista del país de procedència dels pacients (taula n.º 8), podem veure com l'item «malaltia física pròpia» és molt elevat en els no nascuts a Catalunya, destacant especialment els pacients procedents d'Aragó, Andalusia i Castella-Lleó. Aquestes dades concorden amb les hipòtesis de Calvo sobre les somatitzacions dels dols que no poden ésser elaborats adequadament a nivell mental, en aquests casos possiblement per la precarietat de les condicions de vida.

Així mateix, comparant més detingudament els dos grups més nombrosos de la mostra, els nascuts a Catalunya i els nascuts a Andalusia, podem veure com els primers presenten un index més baix de «conflicte de parella», «malaltia d'un acostat» (que suposaria per a l'emigrant l'addició d'un nou dol al dol migratori) i les situacions de «frustració afectiva».

Quant a les migracions segons la localitat, podem veure, a la taula n.º 9, que els pacients procedents d'un medi rural tenen un índex més baix d'ítems «malaltia física pròpia» i «conflicte laboral i/o escolar». Pensem que aquestes dades podrien estar en la línia de nombrosos treballs que sostenen que la procedència d'un medi rural és protectora de la salut mental, en les emigracions. I, tanmateix, aquests pacients també donen un index més elevat de no respostes, potser degut al baix nivell «cultural» i a la menor racionalització consegüent.

Finalment, voldríem assenyalar que som conscients de les limitacions tècniques del nostre treball, degudes en gran part a les condicions en què s'ha de portar a ter-

TAULA 9. *Desencadenants més significatius en relació a la migració segons el tipus de localitat*

Tipus de localitat	Desencadenant	% Terapeuta	% Pacient
De rural a metropolitana (58 %)	conflicte paterno-filial	12 %	9 %
	conflicte parella	6 %	9 %
	malaltia física pròpia	5 %	9 %
	malaltia persona acostada	8 %	7 %
	conflicte laboral i/o escolar	3 %	6 %
	no resposta	41 %	40 %
D'urbana a metropolitana (27 %)	conflicte paterno-filial	11 %	8 %
	conflicte parella	6 %	6 %
	malaltia física pròpia	17 %	15 %
	malaltia persona acostada	8 %	6 %
	conflicte laboral i/o escolar	6 %	12 %
	frustració afectiva	6 %	8 %
	no resposta	27 %	30 %

me la investigació –de moment, almenys– en el nostre país. Així, per exemple, l'absència d'una mostra en la població general que ens hagués servit de grup control o la impossibilitat que hem tingut per a efectuar encreuaments entre algunes variables (sexe-edat, estat civil-edat, diagnòstic-sexe, etc.) que ens haurien ajudat a aprofundir més en la comprensió d'algunes interrelacions.

També pensem que som lluny d'explicar i comprendre suficientment alguns dels resultats obtinguts que, sens dubte, requeriran nous estudis. Tal i com els requereix el tema en general dels desencadenants de la malaltia mental que precisa, també, de nous desenvolupaments i aprofundiments.

Bibliografia

ALLEN, R.H. Mc BEE, G. and JUSTICE, B. *Influence of life events on psychosocial functioning.* The Journal of Social Psychology, 1981, 113, 95-100.

BETTELHEIM, B. *Sobrevivir.* Ed. Grijalbo. Barcelona.

BROWN, G.W. and HARRIS, T. *Fall-Off in the Reporting of Life Events.* Soc. Psychiatry, 1982, 17: 23-38.

CALVO, F. *La emigración como proceso de duelo.* Tesis doctoral. UAB. 1972.

FREUD, S. *Estudios sobre la histeria.* 1895. Obras completas.

FREUD, S. *Pegan a un niño.* 1919. Obras completas.

GALLAGHER, D.E., PhD[1], BRECKENRIDGE, J.N., PhD[1], THOMSON, L.W.[1], PETERSON, J.A., PhD[2]. *Effects of Bereavement on Indicators of Mental Health in Elderly Widows and Widowers.*

GONZALEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L., MORERA FUMERO, A. *La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe.* Psiquis 1/83.

GONZALEZ DE RIVERA, J.L., MORERA, A., SANCHIS, P. y SÁNCHEZ, A. *La reactividad al estrés: (1) Valores medios en estudiantes de Medicina.* Psiquis 5/83.

GRANT, I., Md., YAGER, J. Md., SWEETWOOD, H.L. MS., OLSHEN, R. PhD. *Life Event and Symtoms.* Arch Gen Psychiatry. Vol. 39, May 1982.

GRIMBERG, L. *Identidad/cambio.* Ed. Paidos. Barcelona, 1980.

HAGNELL, O. and RORSMAN, B. *Suicide in the Lundby Study: a Controlled Prospective Investigation of Stressful Live Events*[1]. Neuropsychobiology 6: 319-332 (1980).

HARRIS, M. *El materialismo cultural.* Alianza Editorial. Madrid, 1982.

HUDGENS, R.W., Md., MORRISON, J.R., Md., BARCHHA, R.G., Md., ST. LOUIS. *Life Events and Onset of Primary Affective Disorders.* Arch en Psychiat. vol.16, Feb. 1967.

HUSAINI, B.A., PhD[1], ALAN NEFF, J. PhD[2]. *Characteristics of Life Events and Psychiatric Impairment in Rural Communities.* Copyright 1980 by The Williams & Wilkins Co.

ISHERWOOD, J., Phd., ADAM, K.S., Md. and HORNBLOW, A.R., PhD. *Readjustment Desirability, Expectedness, Mastery and Outcome Dimensions of Life Stress Suicide Attempt and Auto-Accident.* Journal of Human Stress, volume 8, number 1, 1982.

KNORRING, A.L., VON, BOHMAN, M. and SIGVARDSSON, S. *Early life experiences and psychiatric disorders: An adoptee study.*

LACAN, J. *Encore.* Seminario 20. Editorial Paidós.

LACAN, J. *La lógica del fantasma.* Seminario 14. Editorial Paidós.

LOBO, A. *Acontecimientos de vida (life events): Una versión moderna de la teoría del stress. (Evaluación crítica desde la perspectiva de la Psicología Médica).* Revista de Psiquiatría y Psicología Médica. Tomo XVI.

MONROE, S.M., PhD. *Assessment of Life Events.* Arch Gen Psychiatry, vol. 39, May 1982.

MORENO FUMERO, A.L., y G. DE RIVERA, J.L. *Relación entre factores de stress, depresión y enfermedad médica.* Psiquis 6/83 vol. VI/253.

MORRISON, J.R., HUDGENS, R.W., and BARCHHA, R.G. *Life Events and Psychiatric Illness.* Brit. Jour. Psychiat. (1968), 114, 423-432.

MURPHY, E. and BROWN, G.W. *Life Events, Psychiatric Disturbance and Psychiasical Illness.* Brit. Jour. Psychiat. (1980), 136, 326-338.

PAYKEL, E.S., EMMS, E.M., FLETCHER, J. and RASSABY, E.S. *Life Events and Social Support in Puerperal Depression.* J. Psych (1980), 136, 339-346.

PAYKEL, E.S., Md., MRCP, DPM., PRUSOFF, B.A., MPH., HAVEN, N. CONN. and URLENHUTH, E.H. Md. *Chicago.* Arch Gen Psychiat/Vol 25, Oct. 1971.

SCOTT HENDERSON BY., BYRNE, D.G., DUNCAN-JONES, P., SCOTT, R. and ADCOCK, S. *Social Relationships, Adversity and Neurosis: A Study of Associations in a General Population Sample.* Brit. J. Psychiat (1980), 136, 574-583.

SCHWARTZ, C.C., PhD, MYERS, J.K., PjD. *Life Events and Schizophrenia.* Arch Gen Psychiatry. Vol. 34, Octubre 1 7.

STENBACK, A. Md., FINLAND, H. *Objecte Loss and Depression.* Arch Gen Psychiat-Vol 12, Febrer, 1965.

TIZÓN, J., SALAMERO, M., DE LA LAMA E., DIAZ MUNGUIRA, J.M. *La calificación del insight en la práctica clínica psicodinámicamente orientada. Una investigación clínica.* Anuario de Psicologia, n.º 23, 1980(2).

UHLENHUT, E.H., Md., Chicago, PAYKEL, E.S., MD, MRCP, MRC Psych., HAVEN N. CONN. *Symptom Intensity and Life Events.* Arch Gen Psychiatry/Vol. 28, April, 1973.

WILLIAMS, A.W., WARE, J.E., Jr., DONALD, C.A. *A Model of Mental Health, Life Events and Social Supports Applicable to General Populations.* Journal of Health and Social Behavior 1981, Vol. 22 (December): 324-336.

YAGER, J., Md., GRANT, I., Md., SWEEYWOOD, H.L. Ms., GERST, M. PhD. *Life Events Reports by Psychiatric Patients, Nonpatients and Their Partners.* Arch Gen Psychiatry-Vol 38. March, 1981.