

DISPOSITIUS, DIAGNOSTICS I TRACTAMENTS EN SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL EN ELS CONTEXTOS DE ELEVADA COMPLEXITAT DEL SEGLE XXI.

Idees per el novè Congrés de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència

Presentació

La salut mental és la posta al dia recurrent d'una pràctica molt antiga, un art molt antic, l'art terapèutic de parlar.

En aquest recorregut s'han afegit i sostret pràctiques i consideracions mèdiques, filosòfiques, psicològiques, sociològiques, antropològiques, polítiques... La dialèctica amb els seus obstacles és ampla.

La praxis sol orientar-se en la veritat i la satisfacció. Alguns s'emboliquen amb la felicitat.

Allò que al seu dia va ser diví, sagrat, diabòlic, irracional, segregador, estrany, inquietant... s'ha tornat matèria d'estudi i controvèrsia. És el que s'anomena malestar, patiment, mental.

Parlar de dispositius, diagnòstics i tractaments en salut mental, en general, i en salut mental en la infància i l'adolescència, en particular, comporta en cada època, en primer lloc, definir aquests elements, especialment, el referent al diagnòstic.

Ara bé, què és el que diagnostiquem? Diagnostiquem malalties mentals? Trastorns mentals? Síndromes mentals? I, si partim de la premissa de que tots aquests estan conformats o constituïts per símptomes mentals, ens haurem de preguntar què és un símptoma mental. I quan ho fem toparem amb una qüestió no gens banal: Quina diferència hi ha entre un símptoma mental i un malestar emocional/psíquic? Quan un malestar esdevé símptoma mental? Més encara, sembla clar que cada època té els seus símptomes i els seus "trastorns mentals", i això ens porta a abordar les modalitats de malestar psíquic en la nostra època. Aquest és l'objectiu d'aquest estudi preliminar.

Les noves guies de salut mental de la OMS fan un tomb cap a *els quality rights*, la salut a la comunitat i la despatologització després del gir biomèdic del DSM 3 dels anys '80 del segle passat i els seus pobres resultats.

L' època.

La nostra època és complexa. Ha estat, i és, objecte d'estudi per investigadors de diverses disciplines. Cadascun d'ells posa la seva mirada en un aspecte concret. Alguns autors han arribat a plantejar termes que han fet fortuna com, per exemple, *la societat del risc*, de Ulrich Beck (Beck, 1998), o *la societat líquida*, de Zigmunt Bauman (Bauman, 2006). D'altres, com Richard Sennett, es pregunten per *la corrosió del caràcter*. Com es poden perseguir objectius a llarg plaç en una societat a curt plaç i, també, com pot una persona desenvolupar un relat de la seva identitat i història vital en una societat composta d'episodis i fragments (Sennett, 2000). D'altra banda, Guy Standing ha elaborat *el concepte de precariat* per referir-se a una nova classe social formada per persones que pateixen de inestabilitat laboral, que viuen una existència sense predictibilitat ni seguretat, circumstàncies que afecten tant el seu benestar material com l'equilibri psicològic (Standing, 2013).

D'altra banda, en aquest nou marc social ha emergit un nou tipus de subjecte: el neoliberal, concepte àmpliament desenvolupat per diversos autors (Laval i Dardot, 2013; Han, 2014)). Segons els primers, la racionalitat neoliberal produeix un nou tipus de subjecte basat en la competició i el rendiment. Ara, cada individu és un treballador que s'explota a si mateix en la seva pròpia empresa. Per a Han, en el règim neoliberal de l'autoexplotació un individu dirigeix l'agressió sobre si mateix i aquesta autoagressivitat no el converteix al explotat en revolucionari, sinó en depressiu. Recorde'm que en la crisi econòmica que es va iniciar l'any 2008, moltes persones que havien perdut la feina es van considerar culpables i van desenvolupar símptomes d'angoixa i de depressió. Un fenomen al que no van ser aliens determinats discursos de la dreta i l'extrema dreta ("que se jodan los parados", com va dir una diputada del partit Popular).

En efecte, la crisi econòmica del 2008 i la pandèmia provocada per la Covid-19 el 2020 varen suposar una enorme sotragada en la salut mental de la població i van posar contra les cordes els dispositius assistencials.

La crisi econòmica, que ens va fer precaris, i la pandèmia, que ens va tornar a la realitat del nostre ser per a la mort, varen fer palès el desemparament i la vulnerabilitat davant

fenòmens personals, socials i naturals del segle XXI. Sembla que l'Era de la Ciència no és prou protectora.

De llavors ençà, malgrat que ara sembla que el virus està força controlat, la situació de la salut mental no ha millorat, ans al contrari, sembla que va a pitjor. Les dades que presenta el professor i catedràtic emèrit Marino Pérez són prou demostratives (*La sociedad vulnerable. Un ensayo sobre la crisis de salud mental*, 2025).

Així, el 34% dels adolescents refereix símptomes d'ansietat entre moderats i greus; el 32%, símptomes de depressió; el 4,9% d'ells indica que en algun moment s'havien intentat suïcidar. Son dades que Marino Pérez recull del *Proyecto PSICE*, realitzat pel Consejo General de la psicología de España 2023.

A en Marino Pérez, com a nosaltres, el sorprèn de que a la flor de la vida les coses vagin d'aquesta manera. La expressió col·loquial de pinten bastos és del tot pertinent.

Marino Pérez considera diverses hipòtesis per intentar explicar les raons d'aquestes dades i n'apunta 6, entre les que poden destacar les següents:

- Fa l'educació més vulnerables a les noves generacions?
- Està el llenguatge clínic apoderant-se, colonitza, qualsevol malestar i patiment?
- Tot és culpa de les xarxes socials?

I, unes línies més endavant, escriu:

“De hecho, las escuelas ya parecen más preocupadas por el bienestar emocional que por la estimulación del conocimiento....Y, por si eso fuera poco, los padres se han convertido en sindicalistas de sus hijos ante el personal escolar” (Pérez, 2025, p. 17)

Però, Marino Pérez també apunta un fenomen que, tal com ho veiem, és crucial:

“Hablar de síntomas viene a ser la antesala de la patologización de experiencias y comportamientos” (Pérez, 2025, p. 20).

Exacte. Convertir malestars quotidians en símptomes mèdics i aquests en diagnòstics, és la primera fase del mecanisme que condueix a la proliferació de trastorns mentals... i de trastornats.

Convertim la tristesa en depressió, l'ansietat quotidiana en trastorn d'ansietat generalitzada, la distracció escolar en TDAH; la tímida intel·ligent en síndrome d'Asperger, etc.

La sèrie oberta dels malestars i patiments.

I, per si no hi ha prou, i això no és qualsevol cosa, l'OMS sol recordar que el 75% dels grans trastorns mentals, de les bogeries del nostre temps, tenen els seus pròdroms entre la pubertat i el debut de la joventut. I els estudis longitudinals mostren, massa sovint ho fan, la falta de fortuna a l'hora de fer prevenció o de oferir una atenció *just in time*. I s'omplen planes i planes parlant de la falta d'adherència als tractaments.

Molts d'aquests nois i noies viuen en soledat les seves crisis. Desconfien dels adults, de la xarxa sociosanitària i no troben el seu lloc en el futur. Els EMAR d'avui –els estats mentals d'alt risc- tenen molts punts per convertir-se en els pacients crònics complexos de demà.

La xarxa no sol ser sensible amb els ERA. No té tendència a detectar-los. Les experiències relacionals adverses, produïdes per desganes, descuits, negligències, oblit, maltractaments, abusos... generen barreres difícils de franquejar i són camp de cultiu de moltes vivències traumàtiques enquistades a la vida.

El món escolar tendeix a considerar les entrades i sortides de l'escola, els patis, els menjadors... com aliens a les hores d'aprenentatge. Són temps que es segreguen de la vida de la comunitat educativa. Són espais on el bullying –per dir-ho de manera discreta i a l'engròs- fa clientela. La soledat, el desempar i la injustícia fan l'agost a l'aiguamoll del fracàs escolar i formatiu.

Cóm pensar les epidèmies de tdah i de l'espectre autista? Cal incloure'ls a l'ordre escolar? Quin lloc de vida mereixen? I què fer amb el desgavell familiar i escolar dels nens i alumnes violents i terribles?

I més, on passen les crisis d'adolescència els joves d'avui dia? Tenen altres llocs que els que ofereix l'ordre mèdic? Per què, amb el pas de segle, sols es contempla la urgència com a hospitalària o les unitats especialitzades pels excessos anorèxics, bulímics...?

I els consumidors de tòxics? O els sense rostre de les figures punitives de la justícia?

O els consumidors de pornografia, on la escena primària freudiana queda com un exotisme del món d'ahir.

I l'afegit d'última hora, els recent arribats espitjats pel discurs trans. Discurs força actiu que ha aixecat el vel de les identitats de gènere que bloquejaven les posicions sexuals. Com fer amb les delicades transicions que es proposen?

I la miscel·lània de conductes de risc, autoagressions, intents de suïcidi?

O, per tancar la llista oberta què oferim, què pensem dels lents i graduals desarrelaments?, dels joves errants? Tenim temps per imaginar els joves senselleristes? Com està la brúixola del sistema de protecció? Què toca oferir: més salut, més comunitat?

El model mèdic psicològic actual te que respondre a tot plegat?

La fragilitat dels vincles

En els últims anys s'han publicat diversos articles centrats en el fenomen de les *situationships* (relacions situacionals), que es caracteritzarien per l'ambigüitat, la manca de comunicació i la incapacitat de progressar cap el compromís o la ruptura. Aquests tipus de relacions es caracteritzen per un coneixement superficial de la parella, a més d'una absència d'etiquetes relacionals clares, i un contacte irregular (George, 2024; Langlais, 2024). Un altre terme que cada vegada va guanyant popularitat és el de "ghosting", és a dir, la pràctica de finalitzar tota comunicació i contacte amb una parella, amic o una altra persona sense advertiment o justificació aparent i, posteriorment, ignorar qualsevol intent d'apropament o comunicació realitzada per l'altra persona. Però, aquests fenòmens socials s'han descobert recentment, són específics de les relacions

amoroses o més aviat són expressions d'un fet social que s'emmarca en el concepte de "societat líquida"?

Zygmunt Bauman va escriure en un text publicat l'any 2003 que semblaria que a l'actualitat les relacions, com els cotxes, han de ser sotmeses regularment a una revisió per determinar si poden continuar funcionant (Bauman, 2003). I, unes línies més endavant afegeix que la mateixa idea de "relació" segueix carregada de vagues amenaces i premonicions fosques i potser per això la gent parla cada vegada més de connexions i d'estar "connectat". D'altra banda, Eva Illouz va escriure que cert còdigs de l'amor s'han en els últims anys i si avui necessitem majors seguretats en las maneres de vincular-nos és perquè vivim en una societat en la qual la relació amb l'altre s'ha tornat molt més instrumental, de consum i rebuig (illouz, 2011).

Més recentment, Luciano Lutereau i Esteban Dipaola plantegen que en les societats de consum l'altre és algú més que és sotmés a un càlcul de cost-benefici i llavors l'amor com possibilitat d'entrega i de pèrdua és difuminat en una lògica regular que limita l'acte a la seva eficàcia i raonabilitat (Lutereau i Dipaola, 2024).

La pregunta que ens hem de plantejar és com tot plegat té una influència en la salut mental.

La complexitat de l'època

És innegable. El segle XXI ens ha llançat a la complexitat de la civilització contemporània. L'actual marc social, ple d'intrusions de la ciència i la tècnica a allò que va ser el món simbòlic de la modernitat, ens aclapara de sentiments generacionals d'incertesa, inseguretats personals, vincles fràgils, individualismes i amenaça climàtica... No contribueix precisament al benestar emocional de la població. I el món virtual, l'altre món en el que passem moltes hores, tendeix a congelar les imatges i ens depara un laberint calidoscòpic.

En aquest context, la tasca dels diagnòstics i els tractaments en salut mental esdevé feixuga, com veurem més endavant. En primer lloc, perquè la clínica ha canviat. Els símptomes, que solen tenir una presentació formal depenent del malestar que genera

la civilització, es manifesten de maneres diverses a com ho feien dècades passades en allò que Freud anomenava malestar a la cultura. Però també ha canviat la manera de diagnosticar, cada cop més centrada en qüestionaris i proves de neuroimatge que, difícilment poden ser d'utilitat quan, a diferència del que passa en el camp de la medicina, on se sol disposar d'instruments que actuen com indicis de determinades patologies, en la clínica mental no es disposa de marcadors biològics.

A més cal tenir molt present tot un conjunt d'elements que doten el símptoma mental d'un caràcter borrós i d'ambigüitat. Més encara, el propi concepte de Trastorn Mental és borrós, com el propi DSM IV va admetre en les seves primeres pàgines.

La oferta actual de la salut mental passa no sols per colls d'ampolla. Tenim el col·lapse dels dispositius de sempre i la decepció de la comunitat. Així com la medicina te prestigi i dona esperança davant de moltes patologies i carències, la salut mental es mostra poc fiable. No té una bona imatge.

Del malestar al símptoma

És obvi que el malestar és inherent a la vida dels humans i que, com molt bé va assenyalar Freud, hi ha tres grans fonts de malestar. D'una banda, la natura, amb els seus moviments dramàtics entre els que cal assenyalar el canvi climàtic, provocat, això sí, per l'acció dels humans; en segon lloc, el cos, que és una font de dolor i de malalties. Finalment, les relacions humanes, la principal font de malestar. Per tant, els malestars s'oposen repetidament a aquest ideal absurd de felicitat que és promogut pel discurs capitalista i que impulsa a les persones a consumir objectes i procediments per aconseguir-la. En aquest context cal assenyalar, com molt bé adverteix Alicia Valdés (Valdés, 2024), que els discursos polítics propaguen la fantasia de que es pot aconseguir la felicitat sempre i quan es compleixin les condicions de la bona vida que ells mateixos proposen.

Per tant, els malestars són aquí i no marxaran malgrat les promeses de científics il·luminats o de multimilionaris que ens proposen viatges al planeta Mart. Però, la

pregunta que ens cal plantejar és la següent: Quan un malestar esdevé símptoma mental? I, acte seguit, què és un símptoma mental?

El símptoma

Com han assenyalat Alvarez, Esteban i Sauvagnat, tradicionalment la medicina ha distingit els símptomes dels signes. Símptoma és tot allò que el pacient diu al voltant del seu malestar; és, per tant, una manifestació subjectiva i no sempre és observable per l'interlocutor (Alvarez, Esteban i Sauvagnat, 2004). Tot allò que el pacient relata com símptoma és sempre viscut per ell com patològic, si bé poden haver aspectes del seu relat que no concebeix relacionats amb la malaltia (per exemple, un consum excessiu d'alcohol) o, inclús, els esmentats aspectes poden ampliar-se a la totalitat del seu discurs, cosa que succeeix sovint en la clínica mental. En canvi, els signes no tenen la subjectivitat característica dels símptomes ja que són anomalies observades pel clínic, ja sigui espontàniament o mitjançant l'exploració clínica i les proves auxiliars.

En la clínica mental els símptomes són els elements a partir dels quals es configura un diagnòstic categorial, una categoria psicopatològica. No obstant, quan un pacient es troba amb un clínic expressa tot un conjunt de queixes que inclouen fenòmens com sentiments de depressió, despersonalització o sensació de buidor; idees de persecució, vigilància o exaltació, així com experiències de pèrdua de control, pensaments confusos o escoltar veus (Berrios i Luque, 2024). Ara bé, en cap cas es pot verificar l'experiència en sí ni tampoc és possible verificar l'adequació entre el nom utilitzat per referir-se a l'experiència i l'experiència en si. Els relats introspectius comporten una segona dificultat. Per expressar el "símptoma" els subjectes han d'identificar la naturalesa de l'experiència (en ocasions, nova). Com és improbable que les persones també disposin d'una funció mental específica per identificar experiències anòmales novedoses, durant les primeres fases de la malaltia al pacient li resultarà difícil gestionar aquestes experiències.

Berrios i Luque han assenyalat que els símptomes mentals són interpretacions personalitzades d'experiències i, de fet, són constructes personals. Els símptomes mentals són diferents dels objectes reals i els abstractes i aquesta diferència dependrà

fonamentalment del nivell de la participació del subjecte en la seva construcció (Berrios i Luque, 2024, p. 285). Aquesta participació del subjecte està condicionada per factors personals i culturals. Aquest punt té una especial rellevància en la clínica mental infantil i juvenil en tant aquesta es manifesta, a l'actualitat, d'una manera molt més pobre que en dècades anteriors. Pensem, per exemple, en els termes que utilitzen molts adolescents per referir-se al seu malestar.

Per acabar aquest apartat, ens podem referir a la consideració del símptoma en psicoanàlisi. Sense ànim de fer un abordatge exhaustiu de la qüestió podem assenyalar, seguint Lacan, que el símptoma és el significat d'un significat reprimat de la consciència del subjecte. Aquesta definició la trobem en el text *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis*, contingut en els seus Escrits (Lacan, 1988).

La pràctica clínica ens mostra que la relació que vincula el símptoma amb l'etiologia de l'afecció que el produeix està mediatitzada pel conjunt dels processos inconscients. La correlació entre un símptoma i la determinació d'un diagnòstic suposa l'acció d'una cadena de processos inconscients la dinàmica dels quals no seria la del determinisme causal corrent (Dor, 1988). No hi ha una resolució de continuïtat directa entre una cartografia dels símptomes i una classificació diagnòstica.

Per concloure, en la clínica mental, els símptomes presenten un conjunt de característiques que els diferencien dels símptomes en medicina. Així, si prenem l'exemple d'un dolor toràcic tenim que el pacient pot explicar que, de manera súbita, ha experimentat un dolor intens i que ha irradiat al braç esquerre. Quan el pacient ha arribat a urgències li han practicat un ECG i una analítica i aquestes proves complementàries han permès confirmar el diagnòstic d'isquèmia aguda de miocardi. En aquest cas, el dolor té una fisiopatologia que ve determinada per la isquèmia d'una de les artèries coronàries i la seva irradiació al braç esquerre s'explica per les vies nervioses que donen compte del dolor referit.

Res de tot això passa en el cas del símptoma mental ja que la fisiopatologia no pot explicar de cap manera una tos o una ceguesa histèrica i tampoc pot explicar una crisi d'angoixa que apareix sense que hagi una causa "conscient" que l'hagi provocat.

Cal repetir-ho, els símptomes mentals son constructes, no son objecte reals. Sorpren, en aquest marc, que hagi intents desesperats per part d'alguns sectors de la psiquiatria que intentin "objectivar" i trobar mecanismes fisiopatològics que permetin explicar-los.

No obstant aquestes particularitats, els símptomes son emprats per les nosografies actuals per establir categories diagnòstiques (trastorns mentals). Ara bé, cal advertir que el terme de "trastorn mental" és relativament recent, data de 1980, amb la tercera edició del DSM. Prèviament es parlava de malalties mentals.

El diagnòstic

Diagnosticar un determinat procés o trastorn mental comporta un intent de sotmetre a verificació científica la hipòtesi de pertinença de determinades manifestacions clíniques observades en un pacient a una classe o a una dimensió dintre d'una determinada classificació de referència (Guimón, Mezzich i Berrios, 1989)). El diagnòstic és un procés complex en el qual el professional clínic identifica, selecciona i ordena la informació clínicament rellevant del pacient i la compara amb els criteris classificatoris, assignant al pacient a una de les classes definides. Els propòsits del diagnòstic són: diferenciar el quadre observat d'altres quadres; atorgar-li un nom que permeti la comunicació fiable entre els professionals; establir pronòstics respecte de la seva evolució; mesurar els canvis que es produeixen en la seva evolució i realitzar estudis sobre la seva etiologia.

Cooper va distingir una sèrie d'etapes o components del procés diagnòstic (Cooper, 1983): la tècnica d'entrevista del terapeuta o professional, la seva percepció de la conducta i del discurs del pacient, una sèrie de processos d'organització de la informació per realitzar inferències i prendre decisions i, finalment, l'elecció d'una o més categories diagnòstics per facilitar la comunicació. Tot això comporta que el professional, en el particular encontre amb el pacient, extreu unes unitats d'informació i les converteix en símptomes mentals.

Ara bé, com ha assenyalat Berrios (1994), els símptomes no són transparents ni porten unitats d'anàlisi amb suficient informació. Això comporta que la percepció del símptoma no garanteix certesa respecte del reconeixement profund i complex que el rellitua en

una agrupació complexa simptomàtica. A més, cal tenir en compte diverses fonts possibles de variació, que ocasionen desacords en la descripció del símptoma (Berrios G. , 1989): a) inestabilitat en l'avaluació de l'investigador per diverses causes (ensinistrament, estat emocional); b) manca d'estabilitat de l'objecte a descriure, ja que el patró de símptomes pot variar en el temps; c) oscil·lacions perceptives en el moment de l'examen; d) discrepàncies en els criteris que s'utilitzen per decidir la presència o absència del símptoma (fig. 1)

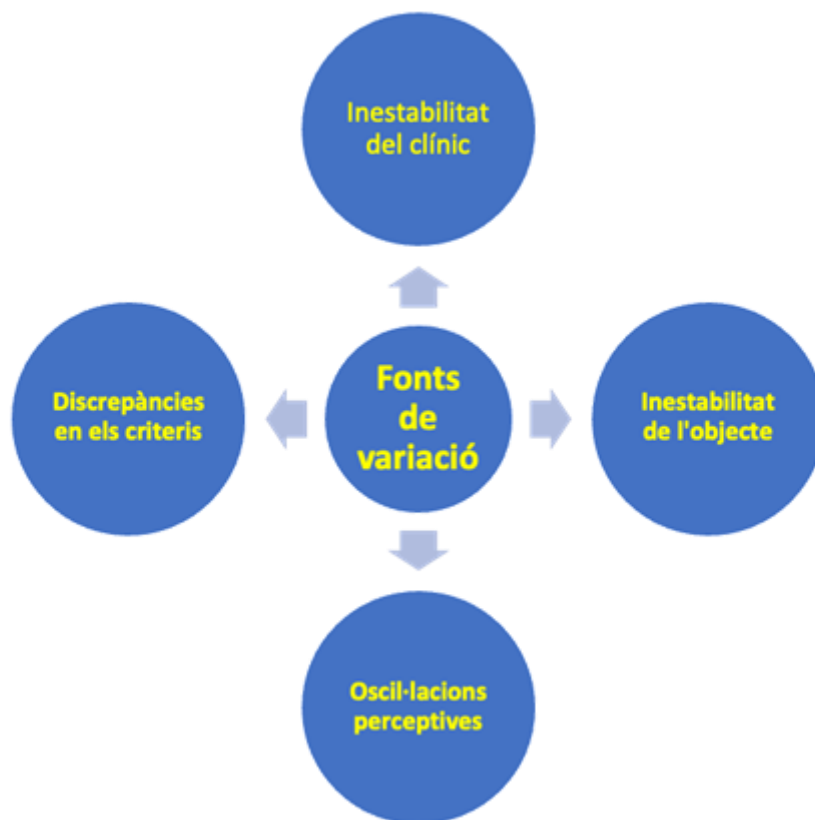


Figura 1. Fons de variació en la descripció del símptoma

Però les dificultats no acaben en els factors esmentats; en efecte, els símptomes són senyals comportamentals elaborades pels pacients però són reelaborades pels clínics en el context de l'entrevista (Berrios i Fuentenebro, 1996). I aquest és el motiu pel qual un mateix magma primordial genera construccions diferents quan es donen una sèrie de variacions en els contextos. En altres paraules, un mateix pacient pot mostrar variacions

considerables en els seus símptomes en funció dels diferents contextos situacionals (per exemple, davant de diferents clínics).

Però, encara hi ha més factors a considerar. És el cas del conflicte d'interessos entre el pacient i el professional (Sims, 2008). El pacient descriu experiències adverses que li produeixen malestar i el pertorben i, per tant, vol alliberar-se'n. Un pacient pot queixar-se de sentir-se deprimat i desesperat i un altre pacient pot queixar-se de ser vigilat i perseguit per agents d'un servei d'espionatge. En els dos casos, el pacient vol que l'alliberin del malestar i, probablement, estarà disposat a explicar al professional la forma en què l'afecten. Però el professional necessitarà conèixer més coses del pacient que aquest podrà considerar irrellevants o, pitjor encara, no pertinents. És així com l'encontre entre el professional i el pacient pot esdevenir des-encontre i, fins i tot, conflicte, com bé reflecteixen els qüestionaris de satisfacció dels usuaris de salut mental.

En ocasions, el conflicte d'interessos pot ser encara més accentuat: és el que succeeix quan el professional està molt condicionat per les necessitats derivades de la seva carrera professional (Tyano i Keren, 2005) i aquestes no harmonitzen amb les necessitats del pacient.

El trastorn mental

Actualment, la major part de manuals i tractats de psicopatologia i de psiquiatria no fan ús de la paraula "malaltia mental", en el seu lloc utilitzen el terme "trastorn mental". Això és així a partir de la 3^a. Edició del DSM, publicada l'any 1980. Des de llavors, en les primeres pàgines de les diverses edicions, llevat de la cinquena, s'explica que malgrat el títol del manual, el terme "trastorn mental" implica, malauradament, una distinció entre trastorns mentals i físics i això suposa un anacronisme reduccionista del dualisme ment/cos.

I, segueix:

"El problema planteado por el término trastornos mentales ha resultado ser más patente que su solución y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo. Es más, a pesar

de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirlos que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto trastorno mental.

El término trastorno mental, al igual que muchos otros términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular "(DSM IV, 1995: p. XXI).

És a dir, que els propis autors del DSM III i del DSM IV varen admetre les limitacions epistemològiques dels seus plantejaments, especialment pel que fa al concepte de trastorn mental, difícil de delimitar respecte del que es podria considerar no patològic. Però, encara hi ha més, quan s'afirma que cada trastorn mental és conceptualitzat com una síndrome o patró comportamental de significació clínica no s'explica què es vol expressar amb això, és a dir, a què es refereix aquesta significació clínica i, sobre tot, per a qui és significativa aquesta síndrome.

Però, no acaben aquí els problemes, en la mateixa pàgina, unes línies més avall, s'afirma que:

"ni el comportamiento desviado ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción".

D'acord, però, llavors, com explicar que determinats trastorns siguin definits precisament en termes de conflictes com és el cas del trastorn disocial o el trastorn negativista desafiant?

És en aquest context que pot resultar l'aportació d'un filòsof de la ciència, KWM Fulford.

En un article de gran interès, Fulford (Fulford, 2001) va proposar que si els deliris, símptomes centrals de la psiquiatria, es mostren com a conceptes valoratius, és a dir, que els deliris no són creences sobre fets reals, veritables o falses, sinó judicis de valor (cosa que suposa un qüestionament de l'antiga idea jasperiana de deliri, hi ha altres trastorns psíquics que també en són.

Aquest autor va exposar un mapa conceptual dels trastorns mentals elaborat de la següent manera: A la dreta del mapa apareixen les anomenades malalties orgàniques; en la part esquerra apareixen el que ell va anomenar problemes de la vida. Seguint aquest treball, alguns trastorns mentals, com la demència, es troben a prop de la malaltia orgànica, mentre que d'altres, com els trastorns de la conducta, es troben molt propers als problemes morals.

En aquest sentit, l'àmplia varietat de trastorns mental constitueix un pont entre el món mèdic i el món moral. El mapa elaborat per Fulford, que va escriure l'esmentat article en un context marcat per les aportacions de la filosofia analítica i de les neurociències, consta d'una part central que està ocupada per l'esquizofrènia, els trastorns paranoïdes i el trastorn bipolar; a la seva Esquerra es situen la depressió, les reaccions agudes a l'estrés, els trastorns adaptatius, els trastorns de la conducta i el retard mental. A la seva dreta col·loca l'esmentada demència, l'anorèxia, els trastorns sexuals i les addiccions. La histèria, la neurosi obsessiva, l'ansietat fòbica apareixen per sobre de l'esquizofrènia i en una posició central.

Aquest mapa estableix un contínuum que enllaça els problemes morals i les malalties orgàniques. D'aquesta manera, l'autor posa èmfasi en la condició equívoca del trastorn mental, a cavall entre la medicina i la moral, el que genera un debat sobre la validesa del concepte de malaltia mental.

Aquest contínuum no pot ser abordat segons un model conceptual de limitacions rígides, o blanc o negre, o malaltia o problema moral, de fet, la pròpia història de les classificacions dels trastorns mentals proporciona exemples clars, així, l'homosexualitat va ser considerada durant un període temps com una malaltia mentre que actualment

es considera una opció de vida, una elecció. És més, les successives edicions de vàries classificacions de malalties o trastorns mentals constitueixen un moviment dinàmic en virtut del qual determinades categories augmenten de manera considerable el seu abast mentre que d'altres experimenten fortes disminucions.

Segons aquesta dinàmica, determinats cassos poden ser diagnosticats de diferents maneres segons el moment i l'edició utilitzada. El que ahir era diagnosticat de paranoia avui és diagnosticat com esquizofrènia. (el que té les seves conseqüències ja que per la segona es postulen diverses alteracions cerebrals mentre que per a la primera sembla que les coses no estan tan clares).

Sembla clar, per tant, que aquest perpetuum mobile no es pot abordar segons una lògica binària, o blanc o negre, sinó que cal utilitzar una lògica segons la qual els enunciats que parlen de fets no són veritables o falsos del tot. La seva veritat no cau entre el zero i l'1. No són enunciats bivalents sinó que són multivalents, grisos, borrosos. La lògica a emprar és la dels conjunts borrosos (Kosko, 1995). Es tracta d'una lògica segons la qual les lleis de la ciència no són lleis en absolut, són lleis que enuncien tendències que hem observat recentment i que el millor que se'n pot dir és que de moment serveixen. Però, d'aquí una mica podrien canviar.

Un punt de vista borrós ha estat emprat en alguna ocasió en el camp de la psicopatologia (Castilla del Pino, 1991). Aquest autor es va referir a la naturalesa borrosa del signe mental, però aquesta perspectiva no ha tingut una continuïtat que hagi assentat les bases per a una psicopatologia borrosa.

Aquest caràcter borrós inherent a la naturalesa dels trastorns mentals, tal com són definits en els DSM té unes conseqüències magistralment denunciades per Lane (Lane, 2011) quan afirma que:

"se empieza por lo que se entiende como una norma tácita y termina por diagnosticar todo lo que no concuerda con ella".

I, més endavant:

"Por tanto existe una gran confusión en cuanto a lo que es o no normal, confusión que se ve agravada por los cambios de valores y de expectativas de la sociedad en general. Siempre que se trata de juzgar lo que es normal, resulta difícil y al mismo tiempo crítico decidir lo que son desviaciones razonables y las que no lo son "(Lane, 2011, p. 30).

El creixement exponencial del nombre de trastorns mentals

A partir d'aquestes consideracions es pot començar a entendre el progressiu creixement del nombre de categories diagnostiques (trastorns mentals) que han anat apareixent en les successives edicions dels DSM, sistema classificatori predominant si més no en els països del Primer Món.

Però, si anem més enllà, si anem a les fonts krapelinianes ens trobarem amb un fet encara més sorprenent. En efecte, en la sisena edició de la classificació krapeliniana, la de l'any 1899, aquella que es considera la més crucial, estaven descrites 13 categories (taula 1).

Taula 1. Malalties mentals definides en la sisena edició de la classificació de Kraepelin l'any 1899

1. Folles infeccioses
2. Folles d'esgotament (deliri agut, amentia, neurastènia adquirida)
3. Intoxicacions
4. Folles tiroidees
5. Dementia praecox
6. Demència paralítica
7. Folles de les lesions del cervell
8. Folles d'involució (melangia, deliri de perjudici presenil)
9. Folli maníaco-depressiva
10. Paranoia
11. Neurosis generals
12. Estats psicopàtics

13. Aturades del desenvolupament psíquic

Com es pot veure, es tracta de categories, moltes de les quals han passat a la història llevat de la demència praecox, la folia maníac-depressiva (actual trastorn bipolar) i la parànoia (actual trastorn delirant). Posteriorment, varen anar apareixent i desapareixent categories fins que, l'any 1952 va aparèixer la primera edició del DSM. En aquesta es varen descriure 106 diagnòstics, i el manual constava de 130 pàgines (Brinkmann, 2024). En el DSM II el nombre de trastorns va augmentar fins a 182, però fou en la tercera edició, la de 1980, quan el nombre de trastorns descrits va pujar fins a 265. Finalment, en el DSM IV, el nombre va augmentar fins a 297. Sembla que el DSM-5 ha suposat una aturada ja que si bé s'han descrit 15 noves categories també és cert que n'han desaparegut algunes com, per exemple, la Síndrome d'Asperger.

La figura 2 il·lustra aquest increment.

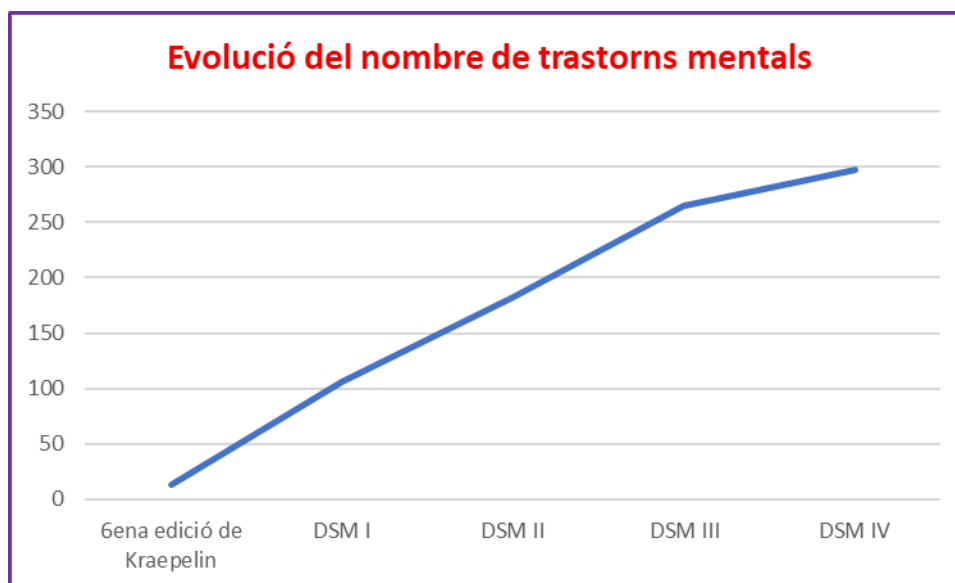


Figura 2. Evolució del nombre de categories diagnòstiques en els DSM

Com explicar aquest augment tan espectacular en el nombre de categories diagnòstiques? Es podria explicar pels avenços de les neurociències? És que potser s'han trobat biomarcadors que justifiquin el "descobriment" de noves malalties mentals? S'ha donat un fenomen similar al descobriment de nous virus? Diríem que les respostes son

negatives i que més aviat aquest increment és degut a convertir determinats problemes quotidians en categories diagnòstiques (González i Pérez, 2008). Però, aquesta conversió no explica per si sola el fenomen. Si ens fixem en com han aparegut determinades categories i, també, com n'han desaparegut unes altres podem comprovar que hi ha tot un conjunt de factors socials, econòmics i polítics que han jugat i juguen un paper crucial. Un exemple, el Trastorn per estrés postraumàtic. No existia com a tal abans de 1980, però en la tercera edició del DSM sí que fou incorporat arran de la problemàtica generada per la tornada dels veterans nordamericans de la guerra del Vietnam (Matthew J. Friedman, 2025).

En la mateixa edició, l'homosexualitat no va ser definida com malaltia degut a les pressions de les comunitats de gays i lesbianes.

Però, per tal de no ser qüestionats pel fet de ser psicoanalistes podem acabar aquest apartat citant una persona gens sospitosa: Allen Frances, que fou el que va dirigir els treballs que varen donar lloc al DSM IV. En un llibre que va provocar rius de tinta, ¿somos todos enfermos mentales? (Frances, 2014) va escriure el següent:

“la psiquiatría depende enormemente de series de criterios para lograr un acuerdo en cuanto a sus diagnósticos.

Pero hay una trampa. Las líneas divisorias que delimitan los diferentes trastornos son siempre mucho más borrosas en la vida real que sobre el papel. El hecho de requerir la presencia de cinco síntomas durante dos semanas para poder diagnosticar un trastorno depresivo mayor deriva de una decisión bastante arbitraria, no de una necesidad científica” (Frances, 2014, p. 45)

Un exemple borrós: L'esquizofrènia

El cas de la categoria clínica de l'esquizofrènia és una mostra de com els termes i els criteris han anat canviant i canviaran al llarg de la història o, més particularment, en les successives edicions de les classificacions dels trastorns mentals.

Com és conegut, el terme “esquizofrènia” va aparèixer l’any 1911 de la mà del psiquiatre Eugen Bleuler. Anteriorment, Emil Kraepelin havia emprat el terme “dementia Praecox” en la seva sisena edició de la classificació de les malalties mentals. Aquesta edició fou publicada l’any 1899 i està considerada la clàssica, la més rellevant. No obstant, aquest terme ja havia estat utilitzat uns anys abans, el 1860 per B.A. Morel per fer referència al cas d’un adolescent que presentava un deteriorament intel·lectual sever. No obstant, l’aportació de Kraepelin va consistir en agrupar tot un conjunt de quadres clínics que Esquirol havia diagnosticat de idiòcia adquirida, Morel, amb el nom de demència juvenil; Kahlbaum, de catatonia i Hecker, de hebefrènia.

Segons l’autor alemany, la dementia praecox estava constituïda per una sèrie de síndromes clínics que tindrien una característica comuna: la peculiar destrucció de l’harmonia interna de la personalitat, amb preferent participació de l’afectivitat i de la voluntat. Els criteris que Kraepelin va establir foren la simptomatològics i evolutius tenint aquests segons un major pes específic (Bercherie, 1980).

Però, el terme “dementia praecox” va tenir poca fortuna ja que, uns anys després, el 1911, Eugen Bleuler, psiquiatre influenciat per les idees freudianes, va reprendre les tesis de Kraepelin i les va reformular: Per aquest autor, el tret fonamental i més característic no era ni el suposat inici precoç ni la inevitable evolució cap un deteriorament cognitiu (Bleuler, 2011). Per a Bleuler, el tret fonamental era l’escissió de la vida psíquica. Cal citar el propi autor:

“Si la enfermedad es pronunciada, la personalidad pierde su unidad; en diferentes momentos, diferentes complejos psíquicos parecen representarla. La integración de los diferentes complejos psíquicos es insuficiente o inclusive, falta por completo” (Bleuler, 2011, p. 23).

Fou precisament per aquest tret, l’escissió psíquica, el que va donar lloc a l’aparició del terme “esquizofrènia”, que significa, ment escindida.

Fins aquí, cal retenir dues idees: l’evolució o producció d’un deteriorament cognitiu, tesi kraepeliniana, i l’escissió de la vida psíquica, idea bleuleriana.

Però, anys més tard, una altra figura de la psiquiatria alemanya va introduir unes tesis que han prosperat fins a l’actualitat. Kurt Schneider.

L'aportació d'aquest autor va consistir en fer una aproximació pragmàtica per el diagnòstic de l'esquizofrènia. Aquesta aproximació va consistir en una jerarquització dels símptomes considerats únicament com signes de la malaltia. Els símptomes ja no haurien de ser considerats com "alteracions bàsiques" sinó com elements de pes diagnòstic (Schneider, 1975). Schneider va classificar les manifestacions psicopatològiques de l'esquizofrènia en tres apartats: símptomes de primer ordre, símptomes de segon ordre i símptomes per part de l'expressió.

I, sobre els primers va escriure.

"Entre los numerosos modos anormales de vivencia que surgen en la esquizofrènia existen algunos a los que denominamos síntomas de primer orden, y no porque creamos que se trata en ellos de alteraciones básicas, sinó porque poseen un muy especial valor tanto para el diagnostico frente a lo psíquicamente anormal y no psicótico como frente a la ciclotímia",

I, més endavant:

"Allí donde tales modos de vivencia se hallen francamente presentes y no se encuentren enfermedades somáticas, hablamos clínicamente y con reservas, de esquizofrènia" (Schneider, 1975, p. 183).

Fixem-nos que Schneider escriu que allà on es trobin aquests símptomes ell dirà que es tracta d'una esquizofrènia. Però, unes línies abans va escriure:

"Insistiré sobre lo que he dicho en páginas anteriores: yo no puedo afirmar: "esto es una esquizofrenia", sino: "a esto lo denomino yo esquizofrenia", o bien: "esto es lo que se designa corrientemente, en la actualidad, como esquizofrenia" (Schneider, 1975, p. 179)

En aquest sentit, Schneider es situa en una perspectiva nominalista, no essencialista.

Recopilant ara les tres aportacions dels autors esmentats tenim el següent esquema (figura 3):

Esquizofrenia

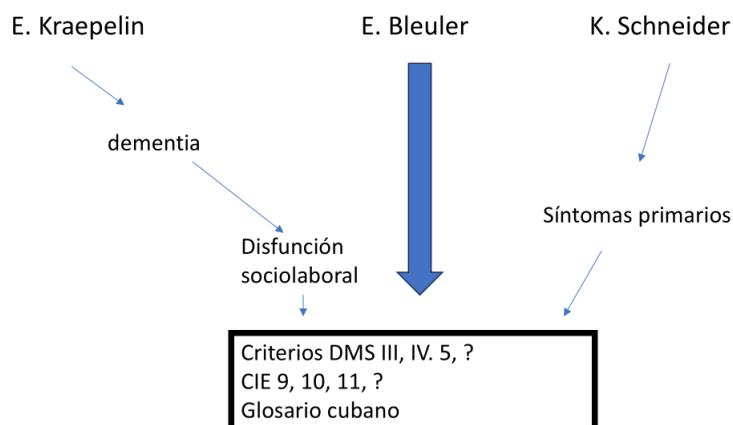


Figura 3. Orígens històrics dels criteris de la categoria esquizofrènia. Font: elaboració pròpia

Veiem, doncs, que els criteris amb els quals el DSM-5 defineix l'esquizofrènia són una mena de conglomerat constituït a partir de Kraepelin, Bleuler i Schneider. Ara bé, com molt bé han advertit Berrios (Berrios, 2003) i García - Valdecasas i Vispe (García-Valdecasas i Vispe, 2023), no existeix una continuïtat entre el concepte d'esquizofrènia de Schneider i els dels autors anteriors, per la qual cosa no té sentit elegir alguns criteris de Kraepelin (evolució i durada), altres de Bleuler (trastorn formal del pensament) i altres de Schneider (síntomes de primer ordre) ja que cadascun d'aquests psiquiatres va construir un model diferent del trastorn i els elements que cada uno va resaltar solament tenen significat en el context de la seva pròpia noció d'esquizofrènia. La definició del DSM és una barreja d'aquest tipus (García-Valdecasas i Vispe, 2023, p. 170).

De la debilitat epistèmica del concepte d'esquizofrènia en dona bon compte el comentari del Dr. Robin Murray, decà de l'Institut de Psiquiatria del King's College de Londres, quan en els seus apunts autobiogràfics va escriure el següent (Murray, 2016):

“Confio en veure aviat la fi del concepte d’esquizofrènia: Ja està mortalment minada la idea de què és una entitat discreta i no sencillament l’extrem més greu de la psicosi. Cal suposar que aquest procés s’accelerarà, i el terme esquizofrènia quedarà relegat a la història, com el d’hidropèsia” (Murray, 2016, p. 256).

Els tractaments psicofarmacològics

És una obvietat que els tractaments psicofarmacològics han passat a ocupar en els últims anys un lloc predominant en la teràpia dels anomenats trastorns mentals. Des d’una perspectiva neurobiològica o, dit d’una altra manera, des de la psiquiatria biològica, es considera que els trastorns mentals estan provocats per alteracions químiques, citoestructurals o neuroanatòmiques del cervell, que poden estar determinades per factors hereditaris i que pateixen la influència de factors ambientals (socials, familiars, etc.) (Gibert, 2012). Tanmateix, el mateix autor aclareix que la genètica proposa i l’ambient disposa. I, unes línies més endavant, Gibert afegeix que els psicofàrmacs són una part important del tractament, però no l’única, per tant, cal tenir en compte les tècniques psicoterapèutiques, la psicoeducació familiar, entre d’altres.

Com és conegut, la utilització de diversos grups de psicofàrmacs estava basada en les hipòtesis segons les quals els trastorns mentals, bàsicament la depressió i l’esquizofrènia, estarien provocats per desequilibris químics en el cervell. En la depressió, el problema estaria centrat en nivells baixos de serotonina o noradrenalina, en l’esquizofrènia els símptomes estarien provocats per una hiperactivitat dopaminèrgica. Ara bé, a l’actualitat, les hipòtesis dels desequilibris en els diferents neurotransmissors es consideren simplistes i antiquades. Així, el prestigiós investigador Stephen Stahl va escriure que la hipòtesis monoaminèrgica implicava, òbviament, una noció excessivament simplificada de la depressió (Stahl, 2002). Anys després, Ronald Pies, editor de *Psychiatric Times*, va afirmar que “la imatge del desequilibri químic havia estat promoguda enèrgicament per algunes empreses farmacèutiques, sovint en detriment de la comprensió dels pacients” (Pies, 2011). El punt crucial de tot aquest galimaties es el següent: No hi ha cap raó a priori per que el mecanisme d’acció d’un tractament sigui

l'oposat a la fisiopatologia de la malaltia" (citat per Robert Whitaker i Lisa Cosgrove, 2024).

No obstant els esmentats qüestionaments a les hipòtesis subjacents als usos dels psicofàrmacs aquests han estat i estan cada vegada més presents en els procediments terapèutics fins el punt de que s'estan alçant veus que adverteixen d'uns usos abusius. És clar que també hi ha altres veus que argumenten que els nous fàrmacs, bàsicament antidepressius i antipsicòtics, són clarament superiors als seus antecessors. Però, els nous antipsicòtics i els nous antidepressius tenen avantatges sobre els "antics"?

Si retrocedim als anys 80, concretament a l'any 1988, ens trobem amb la molècula més famosa de tot el camp de la psicofarmacologia: El Prozac (fluoxetina). Eli Lilly, el laboratori que el va dissenyar, va proclamar que es tractava d'un fàrmac superior als anteriors antidepressius, amitriptilina, clomipramina i imipramina. I, certament, sí que la fluoxetina va suposar uns avantatges vers els anteriors AD, però no en la seva eficàcia sinó en la seva seguretat: amb la imipramina i similars es varen suïcidar moltes persones diagnosticades de depressió mentre que aquest risc quedava molt minvat amb la fluoxetina. Però una cosa és la seguretat i una altra l'eficàcia.

Per demostrar la suposada superioritat de la fluoxetina, Eli Lilly va presentar cinc estudis clínics a la FDA però ben aviat els revisors dels protocols dels esmentats estudis varen poder comprovar que havia lleis de disseny que qüestionaven seriosament el valor dels resultats (Whitaker, 2024). Un dels principals problemes va ser que el laboratori havia permès als investigadors receptar benzodiazepines per poder controlar l'agitació que es va observar amb freqüència en el grup exposat al Prozac. A més, també hi va haver pacients que varen prendre medicació per ajudar els pacients a conciliar la son. En la revisió realitzada per la FDA, es va comprovar que la imipramina era clarament superior al placebo mentre que la fluoxetina millorava d'una forma consistentment menor el placebo.

Pel que fa als nous antipsicòtics, olanzapina, risperidona, quetiapina i aripiprazol, les coses no son gaire diferents al que ha passat amb els antidepressius. Cap d'aquestes molècules ha mostrat millor eficàcia que els antics haloperidol i trifluoperazina, aquest últim, per cert, un fàrmac molt eficaç i força ben tolerat, com vàrem poder comprovar

els metges que el vàrem utilitzar... fins que fou retirat del mercat, potser perquè no era rentable!

José García Valdecasas i Amalia Vispe, autors ja citats, han escrit que:

“Hoy en día, lo usual es que el gran avance farmacológico sea un cambio cosmético en una molécula previamente comercializada (y normalmente cercana a la fecha de pérdida de su patente), por el que se consigue un nuevo fármaco que no suele demostrar ni mayor eficacia, ni mayor tolerancia, ni menor coste” (García-Valdecasas i Vispe, 2023, p. 216).

Tenim, doncs, que els nous psicofàrmacs no suposen una major eficàcia als antics que, cal tenir-ho present, es van descobrir de manera casual, serendípia, és el terme emprat en aquests casos.

Però, cal plantejar encara una altra pregunta: Com explicar que malgrat l'ús generalitzat dels psicofàrmacs hi hagi tants malalts mentals o tantes persones amb trastorns mentals o tantes persones amb patiment emocional?

Robert Whitaker, en un text anterior, es feia una pregunta similar (Whitaker, 2015):

“Pero aquí está el gran enigma. Teniendo en cuenta este gran avance (en la recerca de nous psicofàrmacs), cabría esperar que el número de enfermos mentales discapacitados per cápita en Estados Unidos hubiese disminuido en los últimos cincuenta años. Cabría esperar también que el número de enfermos per cápita hubiera disminuido a partir de 1988 con la llegada de Prozac y los otros fármacos psiquiátricos de segunda generación. Deberíamos ver un descenso en dos etapas en los índices de discapacidad. Sin embargo, durante ese período de revolución psicofarmacológica el número de enfermos mentales discapacitados en Estados Unidos se ha disparado. Además, ese aumento se ha acelerado desde la aparición de Prozac y los otros fármacos psiquiátricos de segunda generación. Y lo más preocupante de todo: esa plaga moderna se ha propagado ahora a los niños” (Whitaker, 2015, pp: 15-16)

Fins aquí hem pogut treure dues conclusions i una pregunta:

- a) les hipòtesis segons les quals els trastorns mentals son deguts a l'existència de desequilibris en el cervell no són vàlides

- b) Els psicofàrmacs considerats de segona generació, antidepressius i antipsicòtics, no són més eficaços que els “antics”
- c) Com s’explica que havent aparegut tants psicofàrmacs en el mercat el nombre de persones amb patiment mental no pari d’augmentar?

Però, les qüestions no s’aturen aquí ja que, a diferencia del que passa en d’altres especialitats mèdiques, els psicofàrmacs no incideixen en la totalitat dels símptomes dels trastorns mentals sinó que ho fan sobre determinats símptomes. Alhora, això implica que un mateix fàrmac pot ser eficaç per tractar un símptoma que pot estar present en diversos trastorns mentals. Un exemple d’això són els problemes de concentració. Es habitual, en mitjans poc coneixedors de la complexitat del funcionament cerebral, considerar que davant d’un problema de concentració cal pensar en un TDAH; tanmateix, com ha assenyalat Stahl, els problemes de concentració són símptomes de molts trastorns apart del TDAH (Stahl, 2011). I afegeix que l’estratègia dimensional suggereix la deconstrucció dels trastorns mentals en símptomes, i el tractament dels símptomes més que del trastorn (Stahl, 2011, p. 8).

Un altre exemple el tenim en el tractament dels símptomes al·lucinatoris i delirants en determinats processos de deteriorament cognitiu. Quan els prescrivim en un pacient amb malaltia d’Alzheimer no estem actuant sobre la malaltia en si sinó sobre un dels possibles símptomes, les al·lucinacions i els deliris.

A més, la polimedicació tan habitual en psiquiatria, és a dir, que un mateix pacient sigui tractat amb tot un ampli ventall de psicofàrmacs ens està indicant que l’especificitat és una utopia, no una realitat.

Malgrat tot el que hem plantejat, el que es constata dia a dia és l’augment progressiu de les prescripcions de psicofàrmacs, no sempre justificades. Algunes dades poden il·lustrar el problema. Així, com ha assenyalat Joan Ramon Laporte, l’any 2022, a Espanya es van fer 78 milions de receptes de benzodiazepines i altres ansiolítics i hipnòtics (Laporte, 2024). L’autor es pregunta si aquest nombre de prescripcions és molt o poc, i dona una resposta: “La comparació entre països dona pistes. Si a Espanya els consumeixen 90 de cada 1.000 persones, a Portugal en són més de 120, a Itàlia 55 i a Alemanya només 9. Efectivament, a Alemanya el consum de benzodiazepines és 10 vegades més baix que a

Espanya. ... Aquestes diferències no semblen degudes a la quantitat de gent que té ansietat o insomni a un país o l'altre, sinó a diferents hàbits de prescripció dels metges, del sistema sanitari i del conjunt de la societat" (Laporte, 2024, p. 316).

I, què passa en l'àmbit de la clínica mental infantil i juvenil? Quins són els hàbits prescriptors? Són similars en tots els territoris o més aviat hi ha diferències que tampoc semblen degudes a les particularitats epidemiològiques?

Les dades de les que disposem son massa generals però ens donen una idea aproximada del que passa en la població infantil i adolescent. Així, el Ministerio de Sanidad, en un estudi publicat l'any 2023 va informar que (Ministerio de Sanidad, 2023):

"Los hipnosedantes (tranquilizantes/somníferos) con o sin receta consolidan su tendencia y se mantienen como la cuarta droga de mayor prevalencia, observándose que el 19,6% de los estudiantes las han tomado alguna vez en la vida. Si bien en ámbitos de tiempo más cercanos (últimos 12 meses y últimos 30 días) se puede observar un aumento en su consumo". A més, l'edat d'inici en el consum d'ansiolítics es situa als 14,1 anys.

Un estudi molt exhaustiu fet per la periodista Maria Altimira va fer palès l'augment del nombre de prescripcions de psicofàrmacs en els últims anys. Segons Altimira (Altimira, 2024), el nombre de menors que prenien antidepressius s'havia enfilat fins a 8.241, mentre que el consum d'ansiolítics havia crescut un 60,5 per cent en el període 2018-2023. Val a dir que el nombre de pacients atesos a la Xarxa de Salut Mental Infantil i Juvenil havia augmentat en un 18 per cent en el mateix període. Altimira donava, a més, la següent dada: gairebé un 30 per cent dels menors atesos durant l'any 2023 (82.260) es medicava, és a dir, 4 de cada 10 prenia antidepressius o ansiolítics.

Mo està en el nostre ànim obrir una polèmica al voltant d'aquesta qüestió però sí encetar un espai de reflexió sobre el que està passant i mirar de trobar respostes no des de la simplicitat sinó des de la complexitat.

Els dispositius

La xarxa de salut mental de Catalunya es crea a la transició democràtica. El model a seguir és *la política de sector* de la República Francesa. Inspirada, després de la Segona Guerra Mundial, per vells coneguts de la psiquiatria acadèmica i psicodinàmica. Entre els quals trobem un català distint, Francesc Tosquelles. No obstant, molt abans, durant el període de la *Mancomunitat de Catalunya* (1914-1923), a Catalunya es van realitzar experiències que van suposar un gir radical en l'assistència als malalts mentals com la del *recinte Torribera*, de Santa Coloma de Gramenet.

Però, mirant en retrospectiva, la tensió instaurada a Catalunya des de bon principi està en la fal·laç bipolaritat entre hospitalcentrisme i centre de salut. El model mèdic-psicològic genera miratges sobre l'individu, la cura i la imatge del cervell. I poques consideracions sobre la vida quotidiana de la persona.

Avui dia la bateria de preguntes que convé fer-nos és: *...i l'hospitalitat de donar alberg fora de l'ordre mèdic i familiar a la urgència?, ...i la labor d'acompanyar els desenvolupaments off label a la educació?, ...i l'espai-temps de respir per la crisi?, ...i el lloc de vida per alguns autismes i psicosis infantils?, ...i el centre de protecció i guarda per la infància ERA —experiències relacionals adverses- o pertorbada?, ...i la comunitat terapèutica idealitzada dels moviments alternatius anglosaxons dels anys setanta/vuitanta?...*

On són aquests espais? On se'ls espera?

I en una època tant complexa com la que vivim què fa que els discursos no es parlin? No construeixin llocs comuns. L'educatiu, el social, el sanitari, el jurídic... no poden fer més que estar deslligats?

Aquests dispositius cal construir-los o esperar que els inaugurin les iniciatives lucratives?

I la pregunta premium: *per a quan la salut mental comunitària?* Una salut amb protagonistes, coprotagonistes, comunitat i especialistes...

Una salut mental que s'ocupi de la complexitat dels malestars de la vida quotidiana d'infants, adolescents, joves i famílies al segle XXI.

A totes aquestes preguntes cal afegir dues consideracions. En primer lloc, la tensió dialèctica que apareix sovint en els dispositius que atenen casos greus de salut mental: *llibertat versus seguretat*. En efecte, es tracta d'un tema no menor que es presenta, per exemple, en casos de psicosis o de temptatives autolítiques. En aquests casos, el pacient està en risc de passatges a l'acte o de comportaments violents. *Com fer compatible l'adopció de mesures de seguretat sense minvar els drets a la llibertat (no mesures de contenció física/química; no tancament de portes de les habitacions, etc.)?*

En segon lloc, la recent publicació de la *Guidance on mental health policy and strategic action plans* el març de 2025 planteja un canvi de paradigma en l'àmbit de la salut mental ja que no solament qüestiona el model biomèdic sinó que pretén incidir en les determinants socials de la salut mental. És obvi que la Guia és ambiciosa i que apareix en un moment geopolític especialment greu i complex, sobre tot arran de les mesures neoliberal adoptades pel president Trump. Si els països de la Unió Europea i de la OTAN incrementen els seus pressupostos de defensa és quasi segur que això tindrà una incidència negativa en la despesa social i sanitària. *Cóm fer possible el canvi de paradigma en l'actual panorama geopolític?*

Una nova pragmàtica per uns nous temps.

Per tenir cura d'infants i joves cal tenir present el trenat dels factors mentals amb els educatius, socials i culturals, com també els factors econòmics i tècnics. De tot plegat en parlarem al Congrés.

Vivim a la complexitat. Una complexitat nova i actual que ens porta a:

- ⇒ reflexionar sobre la tasca de diagnosticar i els usos possibles del diagnòstic,
- ⇒ a pensar en els dispositius d'una xarxa que costa posar al dia; la gran pregunta és com adequar els dispositius assistencials, d'atenció, d'hospitalitat... a uns infants, adolescents i joves que viuen en una societat post moderna on les maneres de fer família són plurals, la societat es desdobla en el món digital i la precipitació es present a la vida,

⇒ i, també, a orientar les eleccions de tractaments en una societat post autoritària, democràtica, on el coneixement i el saber estan mediats per la bombolla virtual...

Compartim la voluntat de elucubrar i discutir de tot plegat per tal de avançar cap a una salut mental comunitària menys decebedora, més compromesa amb els protagonistes i coprotagonistes del malestar mental i del patiment jove i familiar en el pròxim congrés de salut mental de la infància i l'adolescència.

Referències

- Altimira, M. (17 de agost de 2024). *La Vanguardia*. Obtenido de <https://www.barcelona.cat/premis-montserrat-roig/pdf/menors-salut-mental-maria-altimira.pdf>
- Alvarez, J., Esteban, R. i Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Síntesis.
- Bauman, Z. (2003). *Amor líquido*. Fondo de cultura económica.
- Bauman, Z. (2006). *Vida líquida*. Paidós.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Paidós.
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica*. Manantial.
- Berrios, G. (1989). Descripción y entrevistas estructuradas en psiquiatría. En J. M. J. Guimón, *Diagnóstico en psiquiatría* (págs. 29-37). Salvat.
- Berrios, G. (2003). ESquizofrenia: historia conceptual. En M. G. J. López-Ibor, *Tratado de psiquiatría (vol. I)* (págs. 678-679). Ars Medica.
- Berrios, G. i Luque, R. (2024). *Epistemología de la psiquiatría*. Triacastela.
- Bleuler, E. (2011). *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Polemos.
- Brinkmann, S. (2024). *Culturas del diagnóstico*. NED.
- Castilla del Pino, C. (2001). "Crítica a la razón psicopatológica". En C. Castilla de Pino i José Maria Ruiz-Vargas (eds), *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia* (págs. 11-33). Trotta.
- Castilla, C. (1991). Crítica a la razón psicopatológica". . En C. C.-V. (eds.), *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia* (págs. 11-33). Trotta.
- Cooper, J. (1983). Diagnosis and the diagnostic process". En M. S. (eds), *Handbook of psychiatry 1* (págs. 199-209). CUP.
- Dor, J. (1988). *Estructura y perversiones*. Gedisa.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Ariel.
- Fulford, K. (2001). Filosofía analítica, neurociencias y concepto de trastorno. En P. C. Sidney Bloch, *La ética en psiquiatría* (págs. 161-188). Triacastela.
- García- Valdecasas, J. i Vospe, A. (2023). *Postpsiquiatría*. Herder.
- George, S. (Maig-Juny de 2024). *Partners Universal International Innovation Journal (PUIJ)*. Obtenido de <file:///C:/Users/admin/Downloads/Escaping%20the%20Situationship.%20Saji%20George.pdf>

- Gibert, J. (2012). *Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos ... y nunca se atrevió a preguntar*. Aula Médica.
- González, H. i Pérez, M. (2008). *La invención de trastornos mentales*. Alianza.
- Guimón, J. (1989). Condicionamientos del diagnóstico psiquiátrico. En J. M. J. Guimón, *Diagnóstico en psiquiatría* (págs. 3-8). Salvat.
- Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica*. Herder.
- Lacan, J. (1988). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. Escritos. Vol I*. Siglo XXI.
- Lane, C. (2011). *La timidez. Cómo la psiquiatría y la industria farmacéutica han convertido emociones cotidianas en enfermedad*. Zimerman.
- Laporte, J. (2024). *Crònica d'una societat intoxicada*. Columna.
- Laval, C. i Dardot, P. (2013). *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Gedisa.
- Lutereau, L. i Dipaola, E. (2024). *Contactos frágiles. Ensayo sobre la volatilidad de los vínculos*. Paidós.
- Matthew J. Friedman, M. P. (26 de Març de 2025). *Historia del TEPT en Veteranos: Guerra Civil al DSM-5*. Obtenido de https://www.ptsd.va.gov/spanish/understand/what/history_ptsd_sp.asp
- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España (2023). *Estudes 2023. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (Estudes), 1994-2023*. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.
- Pérez, M. (2025). *La sociedad vulnerable*. NED.
- Pies, R. (2011). Psychiatry's New Brain-mind and the Legend of the Chemical imbalance. *Psychiatric Times*.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias del trabajo en el nuevo capitalismo*. Anagrama.
- Schneider, K. (1975). *Patopsicología clínica*. Paz Montalvo.

Sims, A. (2008). *Síntomas mentales*. Triacastela.

Stahl, S. (2002). *Psicofarmacología esencial*. Ariel.

Stahl, S. (2011). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Aula Médica.

Standing, G. (2013). *El precariado. Una nueva clase social*. Pasado&Presente.

Valdés, A. (2024). *Política del malestar*. Debate.

Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia*. Capitán Swing.

Whitaker, R. i Cosgrove, L. (2024). *La psiquiatría bajo sospechas*. Psara.

Josep Moya

Francesc Vilà

Agost 2026