

## De la salut mental i espiritual

---

CARLOS PÉREZ TESTOR, director del Centre Mèdic Psicològic de la Fundació Vidal i Barraquer i de l'Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer, de la Universitat Ramon Llull.

Professor titular de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, de la Universitat Ramon Llull.

---

### Introducció

En aquest article presentem el concepte de Salut des de la perspectiva física, mental i espiritual com a aspectes integradors de l'ésser humà. Difícilment podem parlar de salut en general si no existeix un equilibri i una estabilitat d'aquests tres factors. La mancança o el dèficit en un d'ells provoca un desequilibri en l'estabilitat global de la persona humana.

Precisament el concepte de salut ens ha interessat específicament als clínics i investigadors de la **Fundació Vidal i Barraquer** essent un dels temes de debat permanent en la nostra institució. Jordi Font ha sigut la persona que més ha desenvolupat aquesta temàtica i les seves aportacions han estat cabdals. La seva definició de salut mental ha influït a diverses generacions d'especialistes en ciències de la salut de finals del segle XX. En efecte, la definició de "salut" del Congrés de Metges i Biòlegs de llengua catalana celebrat a Perpinyà el 1975 va impactar als joves estudiants de medicina d'aquells anys i el famós eslògan elaborat per Jordi Gol "**Salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidaria i joiosa**" (Gol, J.; Font,

J., 1976), va donar empremta a aquelles joves generacions que no es sentien còmodes amb la definició de la salut com "l'absència de malaltia".

Però si important han estat per la medicina catalana les aportacions de Jordi Font al concepte de salut (mental), més fonamentals són segons el nostre criteri, les aportacions que ha fet al concepte de salut espiritual. En la seva darrera gran obra: "Religió, psicopatologia i salut mental", Font resumeix les seves intuïcions prou comprovades en la clínica, en la relació permanent i en el contacte diari amb les dificultats espirituals de laics i religiosos que consulten buscant orientació.

Tota aquesta tasca cristal·litza en el Postgrau d'Acompanyament Espiritual que la Fundació Vidal i Barraquer organitza conjuntament amb el Centre d'Espiritualitat Ignasiana EIDES de la Fundació Espinal, des del 2004. En efecte, és en aquest espai de formació i recerca on es desenvolupa una intensa activitat sobre el que entenem avui per salut i patologia espiritual i on s'intenten elaborar criteris i eines per acompanyar en un procés tan íntim i personal com és l'experiència espiritual.

Dit això, el que intentarem en aquest article és resumir totes aquestes experiències que segurament només quedaran esbossades, però que esperem puguin servir per la seva reflexió posterior. En primer lloc descriurem el concepte de salut en general i salut mental en particular per aplicar-ho al concepte de salut espiritual, acabant amb unes breus conclusions.

## 1.- Salut física, salut mental

Parlar de Salut física i/ o mental a principis del segle XXI segueix sent tant difícil com ho era fer-ho fa 25 anys. El coneixement dels trastorns i de les malalties ha augmentat de forma considerable paral·lelament a la seva complexitat. En efecte, quan més coneixem l'ésser humà més difícil és definir-lo per la complexa organització de nivells que presenta. Com podem doncs definir la salut de forma clara i senzilla?

Fa 20 anys el mateix Jorge Tizón ja es preguntava de quina normalitat parlem quan ens referim a la salut (Tizón, 1982). Aquest autor parlava de tres tipologies de normalitat:

- 1.- Normalitat estadística.
- 2.- Normalitat ideal.
- 3.- Normalitat funcional.

*Normalitat estadística:* Identifica norma i freqüència. Es “normal” allò que observem més freqüentment. Des d'aquesta perspectiva podem relacionar la normalitat subjectiva o psicossocial, amb una zona imprecisa que està

entre els extrems: ni alt ni baix, ni prim ni gros, ni bo ni dolent... Tizón denuncia que moltes vegades confonem normalitat estadística amb normalitat subjectiva. No té perquè ser més saludable la forma de viure de la majoria.

*Normalitat ideal:* Les diferències entre normal i anormal són principalment qualitatives i no quantitatives. La situaríem a prop de la utopia encara que moltes vegades pot quedar influenciada per la informació estadística.

*Normalitat funcional:* Normal és l'estat apropiat d'un individu segons les seves característiques i les finalitats que es proposi. Una concepció molt adaptativa.

La OMS al llarg de la seva història ha fet diverses aproximacions al concepte de salut. Però des de la seva constitució manté la definició que encara ara es pot trobar a la seva plana web:

*“La Constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.* (OMS, 2006a)

El problema apareix quan volem definir “benestar físic” o “benestar

*El dolor és una reacció normal i per tant saludable, que ens avisa.*

mental” o “benestar social”. Seguim sense indicadors suficientment consensuats i per això ens seguim movent en l’entorn de “l’absència de malaltia” o “l’absència de dolor” com a criteris principals, malgrat que sabem que el dolor és una reacció normal i per tant saludable que ens avisa que un aliment no estava en bones condicions (dolor gàstric) o que hem de retirar la mà d’un objecte (que punxa, que talla, que crema, etc.).

En els darrers anys s’ha evitat entrar en definicions de salut com a ens abstracte i s’ha buscat més la relació amb altres entitats. Així la OMS en un darrer document titulat “Contribuir a la Salut” (OMS, 2006b) fa un reconeixement explícit:

*«El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social»*

I afegeix:

*“Durante los últimos 20 años la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, pero también han aumentado las diferencias en el terreno de la salud. Se ha observado un fuerte contraste entre las tendencias sanitarias a nivel mundial, en algunas zonas con retrocesos imputables a factores como enfermedades infecciosas, en particular el VIH/SIDA, el derrumbamiento de los servicios de salud y el deterioro de las condiciones socioeconómicas. Si bien 2015 es el año fijado para lograr las mejoras previstas*

*en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las tendencias en lo que respecta a los objetivos relacionados con la salud no son alentadoras. Los aspectos deficitarios pueden resumirse así:*

- déficit de justicia social;
- déficit de responsabilidad;
- déficit en lo que respecta a la aplicación; y
- déficit de conocimientos.

I acaba dient:

*“Para abordar algunos de los factores determinantes de la salud, es necesario establecer un marco mundial para una estrategia de promoción de la salud. El programa que se esboza a continuación está dirigido a todas las partes interesadas, y no sólo a la OMS. En él se destacan siete esferas prioritarias:*

- 1. Invertir en la salud para reducir la pobreza.*
- 2. Crear seguridad sanitaria individual y mundial.*
- 3. Promover una cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos relacionados con la salud.*
- 4. Afrontar los factores determinantes de la salud.*
- 5. Reforzar los sistemas de salud y promover el acceso equitativo a la asistencia sanitaria.*
- 6. Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.*

7. *Fortalecer la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas.*” (OMS, 2006b)

Podem entendre la salut avui en dia sense tenir en compte aspectes com la justícia social, la pobresa o la responsabilitat internacional? Podem parlar d'incrementar la salut sense intervenir en la pobresa, la seguretat, la higiene, la potabilitat de l'aigua i l'accés als medicaments i les vacunes? La salut difícilment es pot entendre separada del context en què es vol definir i per això cal preguntar sempre que ens referim al terme “salut”: de quina “salut” parlem?

*Podem entendre la salut avui en dia sense tenir en compte aspectes com la justícia social, la pobresa o la responsabilitat internacional?*

Per això a casa nostra segueix sent d'actualitat la definició del Xé Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana que citàvem a la introducció: “Salut es aquella manera de viure autònoma, solidària i joiosa”, que recorda per la seva simplicitat la definició de salut de Freud. En efecte, Sigmund Freud a la pregunta de què es pot esperar d'una persona “normal” va respondre: “Que estimi i treballi” (Lieben und arbeiten)

(Erikson, 1979). En aquell Congrés celebrat a Perpinyà, Jordi Font descrivia els principals indicadors del què entenia per salut. Eren els següents:

\* Capacitat, en l'individu, de créixer i progressar, de madurar. És el concepte dinàmic de la salut. La possibilitat de continuar endavant cara al futur: dimensió temporal de la salut.

\* Capacitat de crear noves possibilitats de vida. No es tracta ja de reaccionar davant la *noxa patògena*, sinó de la capacitat de fer esclatar nova vida en un mateix o de provocar-la en els altres (reproducció biològica, fecunditat mental, etc.). Dimensió social de la salut que abasta qualsevulla manifestació: biològica, psicològica o transcendent.

\* Capacitat d'experimentar satisfacció. Que no és el mateix que no experimentar malestar o sofriment, per tal com aquests poden ésser senyals de bona salut: així la febre pot ser senyal de bona reacció somàtica; la depressió pot ésser senyal de bona reacció mental enfront de la pèrdua d'un ésser estimat; no tenir febre o no deprimir-se poden ésser senyals no precisament de bona salut. La satisfacció és un sentiment de benestar, però (un sentiment) de grau superior<sup>1</sup>.

La satisfacció neix de la possibilitat actual o futura d'arribar al benestar, i no pas de la possibilitat d'evitar tot malestar adaptant-se com sigui o al

1. Jordi Font es refereix a les categories descrites per Max Scheler: sentiments sensorials, vitals, psíquics i personals (superiors).

que sigui: biològicament, mental, social, políticament...

Però no es podria dir que té salut algú que no té satisfacció, tot i que la té havent també de passar pels males-tars reaccionals de defensar-se, de créixer, de crear... No estar satisfet manifestaria que no ha assolit l'harmonia personal amb ell mateix i amb els altres (dimensions immanents i transcendents de la salut).

I finalment a la plana 146 del llibre d'actes de l'esmentat Congrés apareix la seva proposta de salut: "Salut és una capacitat individual i social de benésser somàtic i psíquic, compatible amb estats de sofriment o de manca (malaltia), que no impedeixin una més plena vida personal" (Font, 1976).

Segurament estaríem d'acord en que el concepte de salut és més una aproximació ideològica que un concepte científic, malgrat que aquesta aproximació ideològica del concepte de salut es basi en conceptes científics. I també estaríem d'acord en que quan més senzilla sigui la definició més pràctica pot esdevenir. Per aquest motiu creiem que la definició de salut de Jordi Gol a partir dels indicadors de Jordi Font segueix sent del tot operativa

## 2.- Salut espiritual

Tota experiència religiosa és també una experiència humana i per tant s'expressa tota ella psicològicament. No hi ha cap experiència religiosa, per sublim i profunda que sigui, que no tingui una correlació en la nostra ment,

sigui conscient o inconscient. (Font, 1999)

Per Jordi Font la salut mental y la salut espiritual són una expressió unitària de la vida mental i espiritual de la persona humana. En efecte, en la darrera publicació als "Quaderns de la Fundació Maragall", Font feia una aplicació dels indicadors de salut mental a la salut espiritual (Font, 2006).

Els indicadors d'una bona salut espiritual serien:

\* Capacitat de reaccionar davant les dificultats adaptant-se a la nova situació i mirant el bé dels altres. O en el cas que la situació ambiental no sigui sana, no adaptar-se; ans al contrari, procurar canviar-la.

Seguir un procés continu de creixement espiritual tota la vida, sense acceptar aturar-se o de quedar-se instal·lat fent regressions.

\* Capacitat de generar aportacions originals creatives però no destructives.

Progressar en la pròpia autonomia mental, que és compatible amb una plena dependència de Déu. Assolir un criteri propi i una consciència que hagi assimilat –no homologat– les normatives que regeixin el propi comportament.

Integrar tots els aspectes personals en una unitat que abasti la vida sencera, fins i tot la pròpia mort, de manera que aquesta sigui el seu compliment.

Establir relacions interpersonals positives i satisfactòries, tant per al subjecte mateix com pels altres, desplaçant els propis interessos en favor dels interessos dels altres.

Trobar goig en la prossecució dels objectius que hom es proposa, encara que no s'arribi a reeixir.

Jordi Font aprofundeix també en l'experiència mística entesa com a “despullament interior personal que apunta a la relació amorosa amb Déu, en una relació total” (Font, 2006). Des d'aquesta perspectiva l'experiència mística és una experiència interior o mental, afectiva i cognitiva, que no es pot separar de l'experiència de relació personal. El mateix autor parteix de la base que “tota experiència religiosa té un procés psicològic concomitant. També l'experiència mística té, doncs, processos psicològics que poden ser expressió de maduració psicològica i creixement personal” (Font, 2006).

Al principi l'experiència mística és un procés voluntari i conscient, un procés en part actiu i en part passiu, una receptivitat amorosa que s'origina per un progressiu despullament dels propis interessos per anar a la recerca dels de l'altre. Hi ha un desig amorós de l'altre que porta a la renúncia dels desigs personals, ja siguin sensibles, sensoperceptius, cognitius o afectius. La renúncia ve com a seqüència del desig amorós d'unió amb l'objecte de relació, desitjat i seleccionat. Aquest objecte de relació amorosa ultrapassa el valor de tots els altres objectes de relació. Aquesta renúncia als propis desigs obre la capacitat de simbolització, d'una nova i major creativitat mental.

Per Font:

50 *“La vida mística transforma. Condueix cap a un creixement perso-*

*nal. Això es constata experimentalment en persones que viuen aquest procés. Creix la seva pròpia identitat personal i es converteix en subjecte de conductes amb bona relació personal envers els altres, tant en el pla social, en activitats constructives, com en el personal d'estimació amorosa i activa” (Font, 2006).*

Resumint el pensament de Font respecte de l'experiència mística salvable, diríem:

La mística és un procés psicològic evolutiu vers una relació amb Déu que tendeix a una culminació d'unió amorosa amb ell. L'experiència mística cerca assolir el més íntim de l'existència quan tendeix cap a l'amor. Requereix unes disposicions psicològiques madures, fruit d'una evolució personal. És doncs una experiència de creixement psicològic no regressiva.

*La mística és un procés psicològic evolutiu vers una relació amb Déu que tendeix a una culminació d'unió amorosa amb ell.*

En la vida mística, la relació del creient amb el transcendent, amb Déu, és una relació amorosa que es desmarca de la idealització o de la persecució del temut Déu omnipotent de la fantasia infantil. En l'experiència mística hi ha una transformació. Hi ha una experiència d'unió, de base vivencial pul-

sional i no pas racional. És una experiència que està formada de vivències conscients i no conscients, d'actituds actives i passives.

La relació del místic amb el transcendent és una relació que ultrapassa tota altra relació personal humana, davant de la qual es produeix una desproporció entre les pròpies possibilitats d'estimar i l'estimació de Déu. El goig que es genera dona lloc a una situació d'excitació mental. En persones amb estructures afectives làbils es poden produir fenòmens corporals paramítics, com ara èxtasis, estigmes, etc.

Una evolució sana és la base en la qual es pot assentar una experiència espiritual mística sana, però com ja hem explicat abastament en l'anterior apartat, la salut és una experiència dinàmica, en constant evolució i per tant qualsevol experiència espiritual pot passar moments i situacions de malaltia.

### **3.- Psicopatologia de la vida religiosa**

De tots és prou conegut que els fenòmens psicopatològics han acompanyat a l'experiència psicològica al llarg de la història de la humanitat. En efecte, els "deliris místics", les "possessiones histèriques" o els "escrúpols obsessius" en podrien ser una mostra.

En l'obra abastament citada de Jordi Font "*Religión, psicopatología y salud mental*" es descriu en profunditat les diferents patologies mentals que

poden incidir en l'experiència religiosa, però encara que de forma resumida, farem ara una aproximació a les principals formes d'aparició.

Així com en l'apartat anterior dèiem que l'experiència religiosa és profundament humana, diríem el mateix de l'experiència psicopatològica de tal manera que podríem fer una correlació entre vivències religioses i situacions clíniques. Per exemple, una religiositat racionalitzadora, freda i distant, amb poca tendència a la vinculació comunitària podria correspondre a funcionaments esquizoïdes. Així, una religiositat dogmàtica, fonamentalista, amb tendències sectàries, podria correspondre a un funcionament paranoide. En les formes més greus podrien aparèixer les "experiències delirants pseudomítics" de caire profètic, generalment de tipus catastròfic o messiànic. Serien les patologies més greus donades la confusió i la desorganització de la personalitat que pateixen, encara que paradoxalment, les formes més conservades són les que poden incidir de forma més nociva en les comunitats creients.

Les religiositats dependents podrien associar-se a funcionaments depressius fluctuants i les crisis de negació, profundes crisis de fe, podrien coincidir amb estructures depressives malenconioses. En canvi, les depressions no patològiques, processos de dol davant d'una pèrdua, podrien correspondre a experiències reparadores de creixement espiritual. Un exemple podrien ser les "desolacions" saludables.

Certes experiències de “*noche oscura*” podrien correspondre a diverses situacions psicopatològiques que podrien anar dels processos de dol amb un nivell d’esperança, fins a les profundes depressions malenconioses, dependent de la gravetat de la vivència intrínseca. Jordi Font, però, considera que l’experiència de “nit fosca” correspondria a les primeres i no a les malenconioses.

El fanatisme religiós i certes formes de sectarisme podrien anar del funcionament més paranoide ja citat, a certes expressions maníacques, amb diferents graus de gravetat.

Un altre apartat correspondria als anomenats trastorns de la personalitat que cada vegada són més freqüents des de la perspectiva epidemiològica. Serien persones amb situacions menys greus, sense tanta confusió ni desorganització però amb estructures rígides. Per exemple, les religiositats exhibicionistes, seductores i enganyoses que correspondrien a estructures i funcionaments histèrics. Són difícils de detectar per la seva capacitat d’adaptar-se mimèticament, encobrint i autoenganyant-se per tal de quedar bé i mostrar-se com a persones atractives espiritualment.

O l’egocentrisme religiós, autosuficient i amb falsa autonomia, fonamentalment excloent, que correspondria a personalitats narcisistes, persones que viuen una espiritualitat centrada en ells mateixos, que no es deixen ajudar, ni accepten correccions ni advertències.

Algunes formes d’activisme religiós, proper a la fugida, ens recordaria funcionaments fòbics mentre que l’escrupolositat, la rigidesa moral, la falsa culpabilitat, la insatisfacció i el perfeccionisme, correspondria a les personalitats obsessives. Són persones que pateixen i fan patir als que els envolten, caracteritzades pels dubtes, les incerteses, les indecisions, els rituals màgics i altres manifestacions amb continguts religiosos infantils.

Les personalitats caracterials, presentarien una religiositat freda, superficial, inestable, amb conductes manipuladores i sense ètica. Son difícils d’ajudar perquè no es deixen acompanyar espiritualment. Tendeixen a l’engany i a la impulsió.

Una temàtica que cada cop crida més l’atenció dels mitjans de comunicació més sensacionalistes són les “possessiones diabòliques”. Aquesta és una patologia que demanaria un article sencer per les moltes implicacions tant psicològiques com socials, com culturals que presenta, però en podem fer una breu descripció, a partir de l’experiència que tenim a la Fundació Vidal i Barraquer, d’aquestes situacions.

Faríem una primera distinció entre les **obsessions diabòliques**, on predominen els pensaments i/o temors de la presència del diable, i les **possessiones** on es té la creença delirant i/o al·lucinatòria, d’estar dominat pel diable des de dins de la persona. En els pacients que hem pogut atendre en el Centre Mèdic Psicològic de la Fundació Vidal i Barraquer, la majoria de

“possessions” podrien classificar-se en dues categories: les estructures paranoides i les estructures histèriques.

En les paranoides el pacient introdueix l'objecte persecutori “diable” per controlar-lo a dins, però aquest control fracassa i és l'objecte persecutori el qui s'imposa al pacient. En canvi en les estructures histèriques són els mecanismes de dissociació i conversió els que actuen en la necessitat del pacient de ser l'estrella, el “centre d'atenció” i captar l'atenció dels que el rodegen.

Aquesta ràpida presentació podria semblar un intent de caricaturitzar una realitat profunda com és la psicopatològica de l'experiència religiosa. Tots vivim la nostra realitat a partir del nostre funcionament mental i per aquest motiu la manera de viure la religió, també dependrà d'aquest funcionament.

*Tots vivim la nostra realitat a partir del nostre funcionament mental.*

Es evident que en un apartat tant important com el discerniment de la vocació, l'estructura de la personalitat també juga un paper important, encara que no el principal. La psicologia clínica pot ajudar a aclarir quines són les dificultats i quin podria ser el camí a seguir per millorar l'experiència religiosa, i per aquest motiu ens sembla que pot ser un bon aliat de

l'acompanyament espiritual, sobretot en els processos de discerniment vocacional.

#### 4.- Conclusions

Salut física, mental i espiritual han d'estar en equilibri per poder afirmar que una persona determinada és saludable. La manca o el dèficit en un dels tres aspectes provoca un desequilibri en l'estabilitat global de l'ésser humà.

Seguim pensant, 30 anys després del Xé Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua catalana, que la definició de salut de Font modificada per Gol segueix sent absolutament vàlida en els nostres dies.

I penso que la comprensió psicològica de les experiències tant humanes com són les experiències religioses, ens poden ajudar a aprofundir i millorar la nostra experiència espiritual.

#### Bibliografia

ERIKSON, E.H. (1979). *Historia personal y circunstancia històrica*. Madrid: Alianza Ed.

FONT, J. (1976). Definició de Salut. Anàlisi del concepte de salut des del punt de vista mèdic i psicològic. En: *Funció social de la Medicina*. II Ponència del Xé Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona, 1976.

FONT, J. (1981). *Salut i malaltia mental*. En: Rosell, MT; Tizón, J. *Salud mental y trabajo social*. Barcelona: Laia.

FONT, J. (1999). *Religión, psicopatología y salud mental*. Barcelona: Paidós.

FONT, J. (2006). *Espiritualitat i Salut Mental: una aproximació psicològica*. *Quaderns de la Fundació Maragall*. Barcelona: ed. Claret.

OMS (2006a). *Acerca de la OMS*. (<http://www.who.int/about/es/index.html>)

OMS (2006b). *Contribuir a la Salud. Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015. Un programa de acción sanitaria mundial*. ([http://www.who.int/gpw/GPW\\_Sp.pdf](http://www.who.int/gpw/GPW_Sp.pdf))

TIZÓN, J. (1982). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Ed. Hora.