

TRASTORNOS PSICOLÓXICOS E DA PERSONALIDADE

1. QUE ENTENDEMOS POR CONDUCTA ANORMAL?

Existen serias dificultades para aplicar os termos “anormal” e “normal” cando facemos un estudo psicolóxico do comportamento humano xa que hai unha gran diversidade de criterios:

- A norma: o anormal sería o estrano ou diferente da maioría.
- A cultura: o anormal é o que non é aceptado pola cultura.
- O contexto: o anormal é o estrano nun contexto concreto.

Pero estes criterios son difíciles de aplicar no ámbito psicolóxico. Non hai polo tanto unha definición rigurosa de que é a “anormalidade” ou o “anómalo”, aínda que si podemos afirmar algunhas características da maioría das condutas consideradas anómalas:

- Inadecuadas desde un punto de vista cultural.
- Acompañanse de malestar subxectivo.
- Reflexa unha deficiencia psicolóxica e unha diminución da capacidade para enfrentarse ás exigencias e tensións da vida.

¿Quere isto dicir que a persoas que gozan de saúde mental non experimentan tensións na vida cotidiá? En absoluto. As persoas chamadas “sans” desde un punto de vista psíquico, teñen impulsos contraditorios, afrontan crisis nas súas relacións interpersonais e sinten emocións desagradables de dor, ira ou medo; pero en xeral, levan unha vida satisfactoria, teñen relacións estables con amigos e familiares, no traballo son eficientes e saben relaxarse e divertirse. Temos que ter presente, ao falar de “normalidade” e “anormalidade” na conduta, que a saúde mental non é un asunto de “todo ou nada”, e que a saúde mental non existe en estado puro e perfeto. O concepto de anormalidade pode aclararse se o consideramos como un continuo: nun extremo se atopa a anormalidade e noutro a saúde mental. Entre estes extremos atópase unha gama moi ampla de condutas que se xulgan normais.

Polo tanto, non existe unha clara distinción entre o normal e o anormal, senón diversos graos de eficiencia psicolóxica, malestar subxectivo e inadecuación cultural. Nas formas extremas de conduta anómala o individuo mostra unha perturbación moi grave, sofre un forte malestar subxectivo e a súa inadecuación cultural prodúcelle gran temor ou repulsión cara os demais, pero a maioría das persoas sitúanse no centro desta distribución, con deficiencias lixeiras ou moderadas. ¿Quen non tivo algunha vez reaccións que influen na eficacia do seu traballo ou perxudicaran as súas relacións interpersoais? A algunhas persoas causalles ansiedade falar ante a xente, outras sofren temores infundados, e moitas perden un pouco o control baixo a presión dun exame, outras padecen fases depresivas, pero non por elo considéranse persoas con trastornos psicolóxicos graves. O trastorno psicolóxico considérase patolóxico (enfermidade, psicopatía) cando resulta clinicamente disfuncional ou perxudicial para o suxeito, pois as dificultades e problemas obstaculizan e incapacitan a súa integración na sociedade. Polo tanto, temos que distinguir entre trastorno (alteración que provoca unha conduta anómala pero que non invalida socioculturalmente ao individuo) e enfermidade.

Segundo uns estudos realizados a comezos dos anos sesenta en Estados Unidos sobre os trastornos mentais, só o 19% da poboación podía considerarse individuos sans, o 10% mostraba incapacidade ou trastornos graves, o 13 % presentaba un trastorno notable, e o resto (58 %) presentaba lixeiros ou moderados trastornos.

2. MODELOS DE ESTUDIO DA PSICOPATOLOXÍA.

Ao longo da historia foron varios os enfoques que empregáronse para explicar a conduta anormal e os trastornos mentais, falamos dos modelos de estudo da psicopatoloxía. Vexamos algúns deles.

- **Enfoque moral ou sobrenatural:** a intervención de seres sobrenaturais (espíritos, divinidades,...) explican os trastornos do comportamento porque apodéranse de certas persoas e as obrigan a cometer actos fora do común.

- **Enfoque biolóxico ou biomédico:** os trastornos do comportamento teñen orixe nunha enfermidade orgánica, e poden ser tratadas como o resto de enfermidades. Esta idea, que aparece con Hipócrates aínda que non se estende ata o s. XVI, leva a considerar que as persoas con enfermidades mentais necesitan atención e poden mellorar co tratamento médico axeitado. Desde finais do s. XVIII aparecen os primeiros hospitais para enfermos mentais e impúlsase o estudo destas enfermidades, súas causas e posibles tratamentos médicos. Kraepelin, psiquiatra alemán do s. XIX, proporcionou o primeiro sistema de categorización das enfermidades mentais.

- **Enfoque psicolóxico ou modelo psicodinámico:** a causa dos trastornos na conduta está nos procesos mentais (psicolóxicos) e non en enfermidades orgánicas da mente. Por elo, segundo Charcot (s. XIX), Freud e o modelo cognitivo, entre outros, estes trastornos poden tratarse mediante métodos psicoterapéuticos ou terapias psicolóxicas diversas (segundo tipo de trastorno ou problema.)

- **Enfoque social ou modelo condutual:** as principais causas dos trastornos mentais son de natureza social xa que todo comportamento, tanto se considérase normal como anormal, procede da interacción entre as condicións naturais do ser humano e as experiencias que proporcionadas polo ambiente. Segundo o modelo condutual (condutismo, Wolpe e Eysenck), os trastornos e condutas “anormais” non son máis que hábitos desadaptativos adquiridos mediante procesos de aprendizaxe. Hai unha influencia ambiental na conduta anormal pois existe unha forte relación entre trastorno e cultura (Ex. Anorexia nerviosa na cultura occidental.). Desde este punto de vista o tratamento dos comportamentos considerados anormais débense abordar con medidas de tipo social – reaprendizaxe – readaptación.

- **Enfoque biopsicosocial ou multidisciplinar:** na actualidade, a maioría dos profesionais da saúde mental supoñen que os trastornos e problemas mentais están xerados tanto por disposicións xenéticas como por estados psicolóxicos e circunstancias sociais. Segundo isto, o tratamento da conduta considerada anormal tería que abordarse desde un enfoque multidisciplinar.

3. PRINCIPAIS TRASTORNOS E PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Os trastornos psicológicos. Dunha forma global podemos definir o trastorno mental como “calquer anomalía que implique alteracións graves no pensamento, as emocións ou a conduta, de tal xeito que dificulta á persoa que o padece a adaptación o seu entorno.” Dunha forma máis restrinxida, utilízase a expresión “trastorno mental” cando a orixe da alteración atópase nunha malformación fisiolóxica, empregando a expresión “trastorno psíquico”, cando as anomalías posúen unha orixe psicolóxica. A A.P.A. (Asociación Psiquiatría Estadounidense), no seu Manual Diagnóstico e Estadístico dos Trastornos Mentais, coñecido como DSM, describe máis de 200 trastornos de carácter psicológico agrupados en 16 categorías. Vexamos algúns destes trastornos.

TRASTORNOS ASOCIADOS ÁS EMOCIÓN E ESTADO DE ÁNIMO

1. Ansiedade: estado de aprensión ou tensión acompañado de condutas de evitación ante situacións consideradas irracionalmente ameazantes ou perigosas. A ansiedade adoita ir acompañada de manifestacións fisiolóxicas como a sudoración, palpitacións, tensión muscular, afogo..., e non se considera patolóxica cando a resposta é proporcional á situación. Os trastornos de ansiedade adoitan agruparse en distintas categorías:

a) Trastornos fóbicos (fobias): medos irracionais ante unha situación, obxecto ou actividade. As máis comúns son a agorafobia (temor aos lugares públicos) ou a claustrofobia (pánico aos lugares pechados.)

b) Trastorno obsesivo – compulsivo (TOC). Aquí entrarían as obsesións do pensamento, ideas, imáxenes ou recordos que se impoñen á conciencia dun xeito involuntario, aínda que considéranse xeralmente repugnantes ou sen sentido. Por exemplo, dudar sistematicamente de ter realizado algunha acción. Tamén as compulsións que son condutas repetitivas, feitas sempre da mesma maneira e que realízanse en resposta a unha obsesión, sen sentido e con finalidades preventivas de tipo “máxico”. Ter de vez en cando pensamentos obsesivos ou condutas compulsivas é moi habitual, pero cando chegan a ser persistentes e interfíren no modo de vivir ou provocan angustia estamos ante unha situación patolóxica. Por exemplo, verificar que pechouse a chave do gas é normal, verificalo 10 veces non o é.

c) Trastornos do estrés postraumático: aparece despois de vivir situacións traumáticas: accidente, agresión, catástrofes naturais, etc. Quenes o padecen reviven a agresión sufrida como un recordo constante, ou, rexeitan falar do acontecemento e mostran síntomas de irritabilidade ou insensibilidade cando recordaselles o feito.

d) Ansiedade xeneralizada: a persoa que o sofre non pode identificar a causa do trastorno e por tanto é incapaz de evitalo. Freud chamábaa “ansiedade flotante”.

2) A depresión: sentimentos profundos de tristeza e desesperanza. Considérase clínica ou depresión maior cando a persoa sofre máis de dúas semanas seguidas a maioría dos seguintes síntomas: desesperanza, crise de choro, trastornos do soño e do apetito, desgana sexual, agotamento, sentimentos negativos cara un mesmo, e, en casos extremos, alucinacións e delirios. Todo isto impide á persoa levar unha vida normal no traballo e as relacións persoais. Hai distintos tipos de depresións:

- **Depresión reactiva:** provocada por causas externas e que son bastante comúns e incluso poden ser saudables ata certo punto, porque axudan a asimilar o feito.

- **Depresión endóxena:** debida a causas orgánicas internas (bioquímicas, xenéticas ou neurolóxicas) e provocan que, sen motivo aparente, a persoa que atopábase ben ata ese momento caia no abatemento e a desesperanza. (Psicosis depresiva)

- **Depresión clínica:** asociada a enfermidades graves e consumo de drogas.

- **Depresión involuntaria:** asociada a determinados periodos da vida.

- **Depresión puerperal (postparto):** despois do parto.

3) A manía: é a emoción oposta á depresión. As persoas con este trastorno aparentan unha alegría desbordante, son hiperactivos e mostran un optimismo exaxerado que unido a unha autoestima sobrevalorada, fan que a persoa maníaca se arrisque a emprender accións inadecuadas baseadas na confianza de que todo vailles sair ben.

4) Trastorno bipolar ou psicose maníaco-depresiva: alternancia de depresión e manía.

5) Indiferencia emocional: estado de insensibilidade, de anestesia afectiva, de frialdade emocional, e unha situación de desapego psíquico, o cal, se é vivido de forma inconsciente, ocasiona problemas de crecemento persoal e problemas sociais.

6) Dependencia afectiva: maniféstase nas relacións de parella, familia ou amizade. A persoa dependente sométese, idealiza e magnifica ao outro. Para o dependente esta situación afecta de forma negativa a súa autoestima, e a súa saúde física e/ou mental. Pese ao malestar e ao sufrimento que a relación causalle sintense incapaces de deixala, sendo os intentos nulos ou fútiles.

7) Descontrol emotivo: é unha confusión de sentimentos que en ocasións poden ser sentimentos contrarios. Ex: cando non sabes que sintes por alguen, se amor, cariño ou odio.

TRASTORNOS ASOCIADOS A ELEMENTOS CORPORAIS

1. Los trastornos Picosomáticos, también llamados trastornos somatomorfos: grupo de enfermidades caracterizadas por molestias diversas, en maior ou menor grao difusas, que aqueixan ao paciente pero que non poden ser explicadas pola existencia dunha lesión orgánica, ou alo menos non de maneira suficiente e concluinte. Os pacientes adoitan insistir na presenza de síntomas físicos como dor, inflamación, náuseas, vértigo, debilidade ou lesións, pero negan ter problemas psiquiátricos, adoitan demandar persistentemente exames e probas diagnósticas a pesar de que os resultados continuamente son negativos e da opinión dos médicos de que os síntomas non teñen xustificación orgánica. A sensación física reportada polos doentes con trastornos somatomorfos non é ficticia ou inventada, é sintomatoloxía real que non ten explicación ou causa física. O diagnóstico dun trastorno somatomorfo implica que os factores psicolóxicos son un gran contribuínte á aparición, gravidade e duración dos síntomas referidos. Os trastornos somatomorfos non son o resultado dunha simulación consciente. Os máis importantes son:

- **Neurose de conversión.** Trastorno cuxa causa é un conflito psicolóxico que convirtese nun síntoma orgánico (Ex: cegueira sen lesión no ollo). Os síntomas da conversión non só existen por algo, senón para algo. É dicir, o trastorno de algún xeito resultalle útil a quen o sofre, pois libralle de realizar determinadas cousas. (Ex: padecer dores de cabeza cando temos que ir a algún lugar que non nos apetece e excúsanos de facelo.)

- **Hipocondría.** O síntoma capital é a preocupación excesiva do paciente pola súa saúde. Temores infundados, abuso de medicamentos e asistencia á consulta, etc.

2. Trastornos disociativos: cando a persoa sufre unha súbita perda de memoria ou experimenta un cambio de identidade. Adoita ocorrer en situacións extremas de tensión, nos que o coñecemento conscente sepárase dos recordos, sentimentos ou pensamentos anteriores. Hai varios tipos:

- **Amnesia:** incapacidade para recordar feitos ou situacións. É a resposta a un estrés psicolóxico intolerable e adoita ser selectiva, é dicir, esquecese o que resulta especialmente doloroso. Aparece e desaparece subitamente.

- **Fuga:** supón tamén un esquecemento, pero implica ademais unha fuxida: da propia casa e da propia identidade. Despois recórdase a identidade pero non o que ocorreu durante a fuga.

- **Personalidades múltiples:** ampla disociación do eu, ata tal punto que as persoas que o sofren teñen dúas ou máis personalidades diferenciadas, con pautas de conduta e relacións sociais propias, e, por suposto, con comportamentos moi diversos. As distintas personalidades non se manifestan simultaneamente, senón que alternanse entre si, de xeito que pásase bruscamente de unha a outra. Xeralmente, existe unha personalidade principal que convive con outras personalidades secundarias. A causa estaría nun trauma infantil (abusos) e representan un esforzo desesperado por fuxir de seu propio interior.

TRASTORNOS DA PERSONALIDADE

Prodúcense cando o comportamento e os rasgos que forman a personalidade desorganízanse de tal xeito que provocan un deterioro e unha inadaptación nas relacións sociais e na vida laboral. Algúns deles son:

1. Trastorno antisocial, psicopatía, sociopatía. A persoa que o padece viola reiteradamente as normas de conduta, no fogar e fronte á sociedade. Coa súa conduta fai sufrir aos demais, aínda que non acusa sofrimento propio nin sentimento de culpa. Adoita aparecer antes dos 15 anos e caracterízanse pola falta de reflexión ante as consecuencias da actuación, pobreza sentimental ou carencia na capacidade de sentir amor, pena, arrepentimento, vergoña, etc. A causa estaría en factores ambientais de privación afectiva e tamén en factores xenéticos con anomalías na función do sistema límbico.

2. Trastorno paranoide: as persoas que o sofren mostran rasgos de desconfianza, suspicacia, susceptibilidade, non aceptan as críticas, cren ter sempre razón e pensan que a culpa é sempre dos outros. Son orgullosos, fríos e con escaso sentido do humor.

3. Trastorno histriónico: persoas que están moi pendentes do que opinen os demais, e tratan de impresionar cunha conduta teatral e/ou chamativa. Logran facer amizades con facilidade, pero convírtense en posesivos, exixentes, egocéntricos, e reclaman constantemente atención. Parece como se estiveran “en escena” de modo permanente.

4. Trastorno esquizofrénico ou esquizoide: son as que en líneas xerais adoitanse calificar como demencias (loucura, psicose), tendo como característica común a falta de lóxica ou a incomprendibilidade da conduta, adoitan aparecer a idades tempranas. A esquizofrenia supón a escisión dos mecanismos psíquicos normais e que a mente funcione por leis que están fora da lóxica, dando como resultado comportamentos moi estranos. O esquizofrénico tende a refuxiarse no seu mundo interior, illándose do ambiente. Os síntomas máis característicos son: sonoridade do pensamento, alucinacións auditivas, percepción delirante, sentimentos interferidos, alteracións no movemento e a postura, etc.

Entre as súas posibles causas estarían: o desequilibrio bioquímico cerebral (exceso dun neurotransmisor: a dopamina), a herdanza xenética, as infeccións víricas, o estrés grave e as lesións cerebrales.

5. Trastorno narcisista: é un trastorno no que unha persoa está excesivamente preocupada pola aceptación dos demais, o poder, o prestixio, a vanidade, e é mentalmente incapaz de ver o dano destrutivo que causa a si mesmo e a moitos outros.

6. Trastorno de personalidade limítrofe ou límite: é unha afección mental pola cal unha persoa ten patróns prolongados de inestabilidade emocional xeneralizada, pensamento extremadamente polarizado e dicotómico, relacións interpersoais caóticas, inestabilidade da autoimaxe e da conduta, así como do sentido de identidade, que pode levar a períodos de disociación.

7. Trastorno de personalidade dependente: necesidade xeral e excesiva de que se ocupen deles (comportamento de sumisión ou adhesión), ademais dun gran temor de separación. Teñen dificultades para tomar as decisións, de que outros asuman a responsabilidade nas áreas fundamentais da súa vida; dificultades para expresar desacordo debido ao medo á perda de apoio ou aprobación, dificultades para iniciar proxectos ou para facer as cousas a súa maneira; desexo de lograr protección e apoio dos demais; síntese incómodo ou desamparado cando está so debido os seus temores exaxerados, e cando termina unha relación importante, busca urxentemente outra relación; estando preocupado polo medo ao abandono e que teña que coidar de si mesmo.

TRASTORNOS ASOCIADOS A NECESIDADES BIOLÓXICAS E ADICCIÓNS.

1. Trastornos da alimentación: son desórdenes na alimentación.

- **Anorexia nerviosa ou mental:** a persoa que a padece negase de xeito voluntario a comer e experimenta unha alarmante perda de peso. Cando a delgadez faise patente e a familia obrígalle a comer finxen haber comido, agochan a comida, provocan o vómito, toman laxantes e diuréticos, etc. As persoas con anorexia teñen unha forte distorsión da súa imaxe corporal, xa que perciben o seu corpo de forma equivocada: vense “gordas ou gordos e poucos atractivos”. As causas desta anomalía non están moi claras. Entre as causas poden estar o

rexitar inconsciente a propia imaxe, o medo a crecer, conflitos familiares, trastorno hormonal, déficit hipotalámico, culto ao corpo, etc.

- **Bulimia nerviosa:** crise de apetito voraz e incontrolado. É frecuente que se combine coa actitude anoréxica, e o paciente, despois de cada comida desordenada, intente vomitar. A loita entre a atracción pola comida e o rexeitamento posterior vívese con ansiedade, sentimentos de culpa e autodesprezo. Normalmente, a inxesta exaxerada de comida iniciase como compensación por un disgusto ou fracaso.

2. Trastornos da impulsividade e adiccións: dificultade para controlar determinadas tendencias ou apetitos que o suxeito considera practeros ou urxentes de satisfacer, sen que outro tipo de razóns (económicas, familiares, éticas, etc.) podan frear esa tendencia a pasar ao acto. Aquí estarían, entre outros, os seguintes trastornos: comprador compulsivo, ludopatías, cleptomanía, drogodependencias, alcoholismo, adicción ao sexo, adicción tecnolóxica (móvil, internet...), etc.

3. Trastornos da sexualidade: os máis frecuentes nos homes son, a impotencia, a exaculación precoz e a falta de interese sexual; nas mulleres, a falta de desexo ou de excitación sexual, a falta de orgasmo e o vaxinismo.

TRASTORNOS ASOCIADOS AO DESENVOLVEMENTO EVOLUTIVO

Están relacionados co proceso de evolución e desenvolvemento de ser humano, desde a etapa embrionaria, ata a vellez. Algúns deles son:

1. Autismo: Trastorno psicolóxico que caracterízase pola intensa concentración dunha persoa no seu propio mundo interior e a progresiva perda de contacto coa realidade exterior.

2. Retraso mental: A discapacidade cognitiva ou discapacidade intelectual consiste nunha adquisición lenta e incompleta das habilidades cognitivas durante o desenvolvemento humano, que conduce finalmente a limitacións sustanciais no desenvolvemento corrente.

3. Déficit de atención: Trátase dun trastorno do comportamento caracterizado por distracción moderada a grave, períodos de atención breve, inquietude motora, inestabilidade emocional e condutas impulsivas. Tamén por dificultades para manter a atención /concentración, hiperactividade ou exceso de movemento e impulsividade ou dificultades no control dos impulsos.

4. Hiperactividad: caracterízase por un déficit de atención e un exceso de actividade motora (que desaparece co tempo.)

5. Trastornos de aprendizaxe: afectan a forma no que o cerebro procesa a información, iso fai que, aínda que a intelixencia sexa normal ou superior no individuo, ten dificultades para entender algúns conceptos, temas, áreas, etc.

6. Trastornos asociados á vellez: prodúcense como consecuencia do proceso de envellecemento. Algúns deles son a depresión, alzheimer, demencia senil, confusión mental, neurose, psicose e trastorno paranoide.

4. O TRATAMENTO DOS TRASTORNOS E PROBLEMAS PSICOLÓXICOS.

O tratamento para os trastornos psicolóxicos está en relación coa causa á que atribúese a orixe do trastorno. Moitas terapias están baseadas na entrevista. Vexamos os tratamentos máis importantes:

1. As terapias psicolóxicas: empréganse cando a orixe do trastorno está nas formas inadecuadas de responder ante situacións da vida. Cada escola psicolóxica desenvolveu a súa propia terapia, polo que hai moitas:

- **A terapia psicoanalítica:** o seu método consiste en facer aflorar desde o inconsciente os episodios traumáticos (xeralmente na infancia) que orixinaron nos pacientes os trastornos actuais para que poda afrontalos e superalos. A indagación do inconsciente realízase mediante a asociación libre, o análise e interpretación dos soños, e os recordos da infancia. É imprescindible unha relación especial entre analista e paciente para que xorda a transferencia afectiva: o paciente traslada ao terapeuta os afectos que mantivo na infancia con seus pais e outras persoas implicadas no trastorno reprimido.

- **Terapia condutista:** considera que toda conduta é aprendida, polo que para facer fronte aos trastornos mentais hai que eliminar os comportamentos inadecuados e adquirir novos hábitos de conduta máis adaptativos. Son os chamados programas de modificación de conduta. Aplican técnicas de condicionamiento clásico e operante, adaptándoas ás situacións problemáticas, principalmente a desestabilización sistemática (adaptación gradual ao estímulo que provoca o trastorno, por exemplo, unha fobia), a inundación (soportar de maneira intensa o estímulo de trastorno), aversión (asociar a conduta que preténdese eliminar cun sentimento de dor ou desagrado) e imitación (seguir modelos apropiados coa axuda de reforzos positivos.) Son os chamados programas de modificación de conduta.

- **Terapia cognitiva:** como supón que o pensamento inflúe nos sentimentos a terapia irá dirixida a reemprazar pensamentos negativos que inflúen nos trastornos por outros pensamentos máis positivos para desenvolver actitudes máis racionais. Trátase de racionalizar as causas do trastorno para manexar mellor a situación.

- **Terapia humanista:** cre que a causa dos trastornos estaría nunha frustración ante a imposibilidade da autorrealización, por elo, pretende axudar ás persoas con problemas a aceptar a súa propia personalidade, aumentar a autoestima e a elixir metas persoais positivas e construtivas. A máis coñecida é a “psicoterapia centrada no cliente” de Rogers, baseada na escoita activa e nun vínculo especial entre o terapeuta (conselleiro) e paciente (cliente.)

2. As terapias biomédicas: aplícanse cando considérase que o trastorno ten unha orixe biolóxica. Van dirixidas a modificar o funcionamento do cerebro mediante tratamentos farmacolóxicos ou quirúrxicos.

- **Tratamentos psicofarmacolóxicos:** son os máis difundidos actualmente. Dentro deles atopamos os tranquilizantes ou ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos (reduce alucinacións e delirios).

- **O electrochoque:** consiste en provocar no paciente unha crise convulsiva xeralizada mediante o paso dunha corrente eléctrica entre dous electrodos colocados un a cada lado do cráneo na zona frontotemporal. Non se sabe cal é o su mecanismo de acción, pero parece deberse aos cambios bioquímicos producidos no cerebro durante a crise. A súa utilización xenera unha gran controversia, actualmente o seu emprego limítase a casos resistentes a outros tratamentos e a urxencias en psicoses agudas e en depresións maiores.