

PSICOLOGÍA

2º BACHARELATO

IES de Vilalonga

BLOQUE III: TRASTORNOS EMOCIONALES E DA CONDUTA. TERAPIAS PSICOLÓGICAS



JAMIE BALDRIDGE SURREALISMO FOTOGRÁFICO

TEMA 3: TRASTORNOS EMOCIONAIS E DA CONDUTA. TERAPIAS PSICOLÓXICAS

A) AFORISMOS E TEXTOS

B) INTRODUCCIÓN XERAL

3.1.- QUE É A PSICOPATOLOXÍA?

3.1.1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DA PSICOPATOLOXÍA

3.1.2.- MODELOS DE CATEGORIZACIÓN

3.1.3.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

3.2.- CLASIFICACIÓN E DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOXÍA

3.2.1.- TRASTORNOS DO ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIÓN

3.2.2.- OS TRASTORNOS DE ANSIEDADE

3.2.2.1.- TRASTORNOS FÓBICOS

3.2.2.2.- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

3.2.2.3.- O ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

3.2.3.- TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

3.2.4.- TRASTORNOS DA ALIMENTACIÓN

3.2.4.1.- A ANOREXIA NERVIOSA

3.2.4.2.- A BULIMIA NERVIOSA

3.3.- TERAPIAS PSICOLÓXICAS

3.3.1.- QUE É UNHA TERAPIA?

3.3.2.- METAS TERAPÉUTICAS

3.3.3.- A PSICANÁLISE

3.3.4.- TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL

3.3.5.- TERAPIA FAMILIAR

3.- TRASTORNOS EMOCIONAIS E DA CONDUCTA. TERAPIAS PSICOLÓXICAS.

A) AFORISMOS E TEXTOS

«Na vida de hoxe, o mundo só pertence aos estúpidos, aos insensibles e aos axitados. O dereito a vivir e a trunfar conquistase hoxe cos mesmos procedementos con que se conquista o internamento nun manicomio: a incapacidade de pensar, a amoralidade e a hiperexcitación.»

Fernando Pessoa

«É mellor vivir en dor que non deixar de ser en paz.»

Miguel de Unamuno

«A loucura é cousa rara nos individuos, pero nos grupos, os partidos e as épocas é a regra.»

Friedrich Nietzsche

«Non podes aliviar unha mente enferma, arrincar da memoria unha pena arraigada, borrar as angustias escritas no cerebro, e con algún doce antídoto que provoque o esquecemento limpar o repleto seo dese perigoso material que é unha carga para o corazón?»

William Shakespeare

«No ser ninguén: que traxedia! Ser todo o mundo: que comedia!»

Corinne Enaudeau

«É máis fácil construír nenos fortes que reparar adultos rotos.»

Frederick Douglass



B) INTRODUCCIÓN XERAL

A psicopatoloxía é o estudo dos trastornos emocionais e da conduta anormal ou patolóxica.

Unha persoa pode presentar alteracións psicolóxicas como consecuencia da interacción de factores biolóxicos (xenética, cerebro), psicolóxicos (relacionados coas experiencias vitais e a aprendizaxe) e socioculturais (interacción co entorno, estilo de vida).

A comezos do século XXI, a saúde mental segue sendo un dos principais problemas da psicoloxía clínica e da psiquiatría. Existen varias perspectivas teóricas ou modelos sobre a conduta anormal: O MODELO BIOLÓXICO (MÉDICO), O MODELO PSICANALÍTICO, O MODELO COGNITIVO-CONDUTUAL E O MODELO BIOPSIICOSOCIAL.

A perspectiva biolóxica considera que as alteracións psicopatolóxicas son enfermidades mentais provocadas por causas biolóxicas (xenéticas, bioquímicas, neurolóxicas, etc.). Moitas persoas formulan os problemas da vida —frustracións, dificultades de traballo, expectativas incumpridas, etc.— como unha depresión, como un desequilibrio neuroquímico que se soluciona con fármacos.

Sen embargo, **a conduta humana non se pode reducir só a termos biolóxicos.** A NOSA VIDA MENTAL É UNHA INTERACCIÓN DE FACTORES BIOLÓXICOS, PSICOSOCIAIS, AMBIENTAIS, ETC., COMO RECOÑECE O MODELO BIOPSIICOSOCIAL. NALGÚNS TRASTORNOS PSICOLÓXICOS (COMO OS

TRASTORNOS DE ANSIEDADE) OS FACTORES AMBIENTAIS DESEMPEÑAN UN PAPEL ESENCIAL E NECESÍTASE A PSICOTERAPIA PARA AFRONTALOS.

3.1.- QUE É A PSICOPATOLOXÍA?

Todos coñecemos feitos catalogados como anormais. Sabemos que algún ditador está tolo por conseguir ou gozar do poder nalgún lugar da Terra, que algún psicópata mata a moitas persoas por vinganza ou que un líder dunha seita planea un suicidio colectivo.

Na vida cotiá tamén coñecemos a persoas en crises pola morte dun ser querido ou que padecen problemas matrimoniais e non saben como afrontalos, e moitas sofren por condutas que escapan ao seu control: fobias, drogodependencias ou o xogo patolóxico.

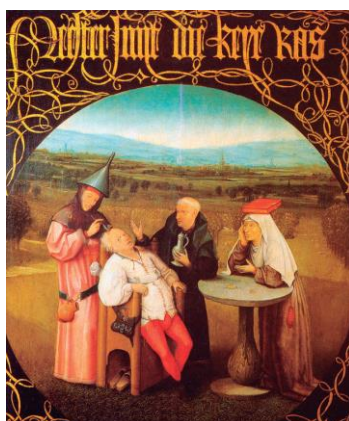
POR QUE HAI ADOLESCENTES ANORÉXIC@S? É NORMAL QUE ALGÚNS XOVES SUFRAN TRASTORNOS DE ANSIEDADE? ¿POR QUE AS RELACIÓNS DE PARELLA SE DEGRADAN OU DESAPARECEN POUCO DESPOIS DE ESTABLECERSE?

Estes trastornos, graves ou leves, son tratados pola psiquiatría e la psicología clínica, que teñen un longo camiño por percorrer, porque algúns non están ben definidos, ignoramos as súas causas ou os tratamentos non obteñen a eficacia desexada.

OS TRASTORNOS PSICOLÓXICOS EXISTEN DESDE AS ORIXES DA HUMANIDADE, PERO SÓ DESDE FAI POUCO TEMPO SE COMEZOU A CARTOGRAFAR A NEBULOSA MONTAÑA DA PSICOPATOLOXÍA.

3.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DA PSICOPATOLOXÍA

Que entendemos por saúde e enfermidade, loucura ou perturbación psicolóxica **depende**, igual que outras concepcións sobre a natureza humana, **do contexto histórico e da visión do mundo que ten unha sociedade**.



Hieronymus Bosch, El Bosco: *Extracción da pedra da loucura*. Museo del Prado, Madrid. Unha crenza estendida en Europa atribuíu a loucura a unha pedra aloxada no cranio dos dementes. El Bosco pintou ao médico cun embude na cabeza para sinalar que é un farsante.

Durante a Antigüidade e na maioría das civilizacións, os trastornos psicolóxicos eran unha condena, porque se lles atribuían causas sobrenaturais. O CONCEPTO DE ENFERMIDADE MENTAL É

DE RECENTE APARICIÓN, PERO OS DE TOLO, ENDEMOÑADO OU POSUÍDO PARECE QUE EXISTIRON SEMPRE.

○ Na **Grecia clásica** a loucura considerábase produto da posesión de espíritos malignos e os médicos-sacerdotes establecían rogativas e cerimoniais ao deus Esculapio. Esta concepción da loucura como fenómeno sobrenatural mantívose ata **HIPÓCRATES** (460-357 a. C.). Este pioneiro da medicina **sinalou que a orixe dos trastornos mentais debíase a un desequilibrio dos catro humores corporais: sangue, flegma, bile negra e bile amarela.**

HIPÓCRATES FOI TAMÉN O AUTOR DA PRIMEIRA CLASIFICACIÓN PSICOLÓXICA DOS TEMPERAMENTOS (COLÉRICO, SANGUÍNEO, MELANCÓLICO E FLEGMÁTICO), E QUEN ESTABLECEU TRES CATEGORÍAS DE TRASTORNO MENTAL: MANÍA, MELANCOLÍA E HISTERIA, IDEAS QUE PERDURARON ATA O FINAL DA CIVILIZACIÓN GRECORROMANA.

○ En **Roma**, o principal defensor da tradición hipocrática foi **GALENO** (130-200 d. C.). Segundo a súa opinión, **as causas da loucura podían ser orgánicas (lesiões, exceso de alcohol, cambios menstruais) ou mentais (medos, desenganos, angustias).** O SEU ESFORZO POR COMPRENDER RACIONALMENTE A LOUCURA PERDEUSE POLO ESCURANTISMO E IGNORANCIA QUE SE PROLONGOU DURANTE A ÉPOCA MEDIEVAL.

○ Durante a **Idade Media**, **os trastornos psicolóxicos como a demencia foron considerados unha manifestación de potencias maléficas, e os tratamentos recibidos polas persoas que os padecían eran tan bárbaros como las fogueiras organizadas pola Inquisición.**

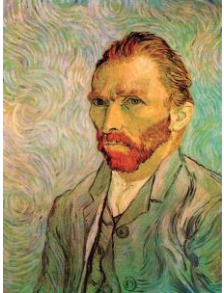
○ Na **Idade Moderna**, o dualismo de R. Descartes deixou a súa pegada na medicina que se ocupaba da mente. OS TRASTORNOS E ENFERMIDADES CLASIFICÁRONSE SEGUNDO FORAN DE TIPO ORGÁNICO/NEUROLÓXICO (ALGO ÍA MAL NO CEREBRO) OU FUNCIONAL/PSICOLÓXICO (ALGO ÍA MAL NA MENTE).

Estas dicotomías aínda persisten en gran parte da teoría psiquiátrica e, como consecuencia, as terapias divídense tamén en dous tipos: fármacos para tratar o cerebro e charlas para tratar a mente. En xeral, CONSIDÉRASE QUE AS CAUSAS DESTES TRASTORNOS PODEN XURDIR NO REINO DA MENTE («EXÓXENAS», COMO A DEPRESIÓN PROVOCADA POR UNHA TRAXEDIA PERSOAL) OU NO REINO DO CORPO («ENDÓXENAS», DEBIDAS A FACTORES XENÉTICOS OU A TRASTORNOS BIOQUÍMICOS).

○ No **século XVIII**, durante a **Revolución francesa**, **Philippe Pinel** (1745-1826) elaborou unha clasificación dos trastornos mentais (melancolía, manía, demencia, idiocia), e defendeu un tratamento da mente que debía seguir os mesmos pasos que los tratamentos físicos para o corpo.

O estudo científico da loucura non comezou ata finais do século XIX e principios do XX. **O psiquiatra alemán E. KRAEPELIN (1856-1926) estableceu o concepto de enfermidade mental;** porque **consideraba que os trastornos mentais eran análogos aos trastornos físicos e que había que buscar a súa causa orgánica específica. Esta consideración biomédica da enfermidade mental é defendida hoxe pola psiquiatría.**

O concepto de **enfermidade mental** serviu para aceptar que OS INDIVIDUOS CON TRASTORNOS PSICOLÓXICOS NON ERAN BRUXAS OU PECADORES, SENÓN PERSOAS QUE NECESITAN TRATAMENTO. Sen embargo, esta conceptualización recibiu duras críticas desde a propia psiquiatría coas obras de Thomas Szasz *El mito de la enfermedad mental* (1961) ou *La fabricación de la locura* (1970), onde afirma que a «enfermidade mental é un mito creado polo home». A este respecto escribe: «Convencionalmente a psiquiatría defínese como unha especialidade da medicina que se ocupa da diagnose e do tratamento das enfermidades mentais, pero eu propoño que tal definición, aínda amplamente aceptada, coloca á psiquiatría, xunto coa alquimia e a astroloxía, na categoría de pseudociencia».



T. Szasz considera nestas obras que a enfermidade pode afectar só ao corpo, polo que NON PODE HABER ENFERMIDADE MENTAL. A enfermidade mental é una metáfora, como cando falamos dunha economía enferma. **Os diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras, aplicadas a persoas cuxa conduta molesta ou ofende aos demais.**

Vincent Van Gogh (1853-1890), *Autorretrato*, 1889, Musée d'Orsay (París). A depresión bipolar caracterízase pola alternancia entre fases de euforia e de depresión profunda. Ao longo da historia moitos pintores, escritores e científicos padeceron a depresión bipolar: Balzac, Van Gogh, Dickens, Tolstoi, Herman Hesse e Virginia Woolf. Onde se encontra a fronteira que separa a xenialidade da loucura?

Hoxe en día aínda persiste a controversia sobre o tratamento psicolóxico entre a FARMACOTERAPIA e a PSICOTERAPIA. O descubrimento de novos medicamentos, comezando polos antipsicóticos, como a Torazina, os ansiolíticos ou os tranquilizantes, como o Valium, ata os máis recentes antidepressivos, como o Prozac, reflicten avances no coñecemento das causas xenéticas ou bioquímicas de moitos trastornos.

Os fármacos alivian os síntomas, especialmente os da esquizofrenia (delirios, alucinacións, fala desorganizada, personalidade múltiple e retraemento extremo) e da depresión (desesperación, dificultades para pensar, preocupación pola morte ou o suicidio); **sen embargo, a farmacoterapia ataca só os síntomas do trastorno, non as causas.** AÍNDA CANDO UN DESEQUILIBRIO BIOQUÍMICO O DESENCADÉE, NECESÍTASE A PSICOTERAPIA PARA AFRONTAR OS PROBLEMAS CONDUTUAIS E EMOCIONAIS.

Na sociedade actual, unha concepción dos trastornos psicolóxicos desde unha óptica biolóxica sería parcial e non permitiría un diagnóstico e tratamento fiables. Hai **enfoques máis integradores nos que se ten en conta o entorno individual, familiar e sociocultural onde se desenvolve o trastorno que permiten tratamentos máis eficaces e útiles para o paciente.**

A CONSIDERACIÓN DUN COMPORTAMENTO COMO NORMAL OU ANORMAL DEPENDE DE QUE PENSA A SOCIEDADE SOBRE ISTO, E ISTO VARÍA SEGUNDO A CULTURA DE REFERENCIA E SEGUNDO A ÉPOCA HISTÓRICA. NOS PAÍSES OCCIDENTAIS A HOMOSEXUALIDADE É UNHA ORIENTACIÓN SEXUAL ELIXIDA LIBREMENTE, MENTRES QUE NOUTROS PAÍSES CONSIDÉRASE UNHA ENFERMIDADE E NALGÚNS, UN DELITO CASTIGADO COA MORTE.

O gran reto da psicoloxía clínica do século XXI será crear unha psicopatoloxía que integre os factores biolóxicos e psicosociais e comprender que os trastornos psicolóxicos ofrecen caras distintas nas diferentes culturas. Ademais, é necesario atender ás peculiaridades ambientais que afectan a millóns de persoas e non esquecer a advertencia de Amparo Belloch:

«Se a sociedade idealiza, ou valora un determinado modo de comportarse, de pensar, ou de ser, a manifesta ausencia de valores e/ou ideais, o seu rexeitamento, serán considerados como algo anómalo, patolóxico, absurdo, etc. As “imaxes do home” que unha sociedade ou grupo posúan van ser determinantes á hora de construír imaxes do psicopatolóxico.»

A. Belloch; B. Sandín e F. Ramos: Manual de psicopatología, Madrid, McGraw-Hill, vol. 1, 2012, p. 49.

TEXTO

«O nihilismo europeo, a dexeneración humana na actualidade, a chusma, a agresividade, o sistema de valores situado fóra da lei, a ilegalidade de todos os sistemas de valores. Sufocante ausencia de sentimentos, de espírito, de pensamento: pseudoactividade, encher o tempo, buscar a fortuna, xuntar diñeiro. Alienación... se comprenderan o que significa a palabra e como mira o home, alienado e sen comprender, a súa propia vida.»

Imre Kertész: Diario de la galera, Barcelona, Acantilado, 2004, p. 186.

3.1.2. MODELOS DE CATEGORIZACIÓN

«A psicopatoloxía interésase polo estudo das formas indesexables, mal adaptadas e desorganizadas da conduta anormal. Centra o seu interese nas persoas con problemas psicosociais que, en diversos graos, experimentan dificultades para enfrontarse eficazmente aos problemas da vida diaria, que son persoalmente infelices e cuxas reaccións son, a miúdo, unha fonte de preocupación ou angustia para as súas familias e relacións.»

J. D. Page: Manual de psicopatología, Barcelona, Paidós, 1982.

Non é o mesmo crer que os trastornos psicolóxicos son causados por unha posesión demoníaca (concepción mitolóxica) que consideralos como enfermidade (modelo biomédico), ou pensar que son comportamentos anormais desadaptados (modelo cognitivo-condutual). Os criterios e concepcións teóricas diferentes implican **TRES MODELOS PSICOPATOLÓXICOS: O BIOMÉDICO, O CONDUTUAL E O BIOPSICOSOCIAL.**

A. O MODELO BIOMÉDICO

Considera o trastorno mental como unha enfermidade física máis; calquera alteración psicopatolóxica depende dunhas causas biolóxicas subxacentes, sexan xenéticas, neurolóxicas ou bioquímicas. Este modelo foi desenvolvido pola psiquiatría, que trata os síntomas da enfermidade, clasifica os cadros clínicos e os tratamentos realízanse con fármacos, esquecendo posibles intervencións psicosociais.

B. O MODELO COGNITIVO-CONDUTUAL

Describe o comportamento como un continuo, e as variables que inflúen na conduta anormal son variadas e complexas, igual que as da conduta normal. As diferencias entre ambas son de grao e non de tipo. A CONDUCTA ANORMAL É MENOS EFICAZ E ADAPTATIVA QUE A NORMAL, E MÁIS INQUIETANTE, PERO MANTENSE E MODIFÍCASE POLOS MESMOS PRINCIPIOS. Os seguidores deste modelo conciben a terapia como unha tarefa educativa que consiste en ensinar á persoa a **enfrentarse ás súas dificultades e a ter maior control da súa vida.**

C. O MODELO BIOPSIOSOCIAL

O paradigma biopsicosocial é un marco conceptual para guiar a práctica clínica que **trata de analizar a complexidade da conduta desde tres ámbitos: biolóxico (xenética, cerebro, drogas), psicolóxico (procesos cognitivos, afrontamento do estrés) e social (sucesos vitais estresantes)**. Este modelo acepta a interacción entre diferentes niveis, aunque aínda faltan investigacións para saber como se concretan estas relacións.



A orde xerárquica da psique como sistema biopsicosocial. M. Kwee, en V. Caballo: Manual de técnicas de modificación de conducta, Madrid, Siglo XXI, 2015, p. 722.

TEXTO

«A saúde é o estado natural do home, a enfermidade, é antinatural. O corpo acolle a saúde como algo normal, da mesma forma que os pulmóns reciben o aire e os ollos a luz; vive e crece en silencio como un máis dos sentimentos xerais da vida. A enfermidade, en cambio, irrompe de pronto como algo estraño, desde non se sabe onde acomete a alma asustada e suscita nela un sen fin de preguntas. Porque, posto que este malvado inimigo vén doutra parte, quen o ten mandado? Quedará? Retirarase? Pódese conxurar, pedirle que se vaia ou dominalo? Con fortes garras a enfermidade arrinca ao corazón os sentimentos máis opostos: medo, fe, esperanza, desánimo, maldicións, humildade e desesperación.»

Stefan Zweig: La curación por el espíritu (Mesmer, Mary Baker-Eddy, Freud), Barcelona, Acantilado, 2015, pp. 9-10.

REFLEXIONA 1

«É a esa mesma disolución do Eu ao que apunta a nova ética permisiva e hedonista: o esforzo xa non está de moda, todo o que supón suxeición ou disciplina austera desvalorizouse en beneficio do culto ao desexo e da súa realización inmediata, como se se tratase de levar ás súas últimas consecuencias o diagnóstico de Nietzsche sobre a tendencia moderna a favorecer a «debilidade da vontade», é dicir, a anarquía dos impulsos ou tendencias e a perda dun centro de gravidade que lo xerarquiza todo [...].

A falta de atención dos alumnos, da que todos os profesores se queixan hoxe, non é máis que unha das formas desa nova conciencia indiferente e desenvolta, moi parecida á conciencia telespectadora, captada por todo e por nada, excitada e indiferente á vez, sobresaaturada de informacións, conciencia opcional diseminada, nas antípodas da conciencia voluntaria intradeterminada.»

Gilles Lipovetsky: *La era del vacío*, Barcelona, Anagrama, 2003.

1.- Que propón a nova ética permisiva e hedonista?.

2.- Que cambios cognitivos están producindo en nós as novas tecnoloxías?

3.1.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

É MOI DIFÍCIL SINALAR ONDE ESTÁ A FRONTEIRA ENTRE O NORMAL E O ANORMAL (Son “normais”: Einstein, Kafka, Galileo, Copérnico, Dalí, Goya, Newton, Beethoven, Van Gogh, Jimi Hendrix, Kurt Cobain, Frank Zappa, Lady Gaga, Cristo, Messi, Ronaldo, Lois Pereiro, Rosalía de Castro, “Don Quijote”, unha muller “intelixente e curiosa cientificamente” no século XIII en Europa?, unha muller que se sente autosuficiente no século XXI nun país islamista radical?, Syd Barret, Alfred Hitchcock, Marilyn Monroe, e poderíamos seguir e seguir...)

Algunhas persoas cren que o COMPORTAMENTO NORMAL É O DA MAIORÍA →→ EN ABSOLUTO!, PARA NADA TEN QUE SER ASÍ!

Unha clasificación moi xeral e coñecida é aquela que cualifica como “SER HUMANO NORMAL” aquel que:

- ① Pode cambiar cara a novas normas. (É dicir, ten un mínimo de FLEXIBILIDADE)
- ② Non está sometido completamente aos outros, senón que desenvolve as súas propias capacidades. (É dicir, ten personalidade e UN EU AUTÉNTICO E PROPIO)
- ③ Non queda parado nun punto do seu tempo biográfico (da súa vida), senón que segue o ritmo temporal da vida. (É dicir, que ten un PROCESO E PROGRESO NA SÚA MADUREZA FRONTE ÁS EXPERIENCIAS VITAIS)
- ④ Ten unha sensibilidade psíquica tal que lle permite afrontar os problemas da vida SEN SUFRIR INNECESARIAMENTE!. (EMPATÍA REALISTA).

Os trastornos psicolóxicos son vellos compañeiros da especie humana e sempre nos preocuparon as alteracións que provocan no estado de ánimo ou na conduta. **Na sociedade actual aínda existe certo descoñecemento e medo fronte a calquera patoloxía psicolóxica, pois non é fácil encontrar unha definición clara desde o punto de vista científico.**

Sen embargo, podemos establecer algúns criterios para deslindar os límites entre o normal e anormal, e aplicar normas ou regras que nos guíen no coñecemento da psicopatoloxía. Hai **CATRO CRITERIOS DE «ANORMALIDADE» PARA EXPLICAR OS PROBLEMAS PSICOLÓXICOS.**

A. CRITERIO ESTADÍSTICO

O termo «anormal» é un concepto estatístico; o normal sería o comportamento máis frecuente. (Como ao comezo sinalabamos) O FEITO DE QUE CASE TODOS SE COMPORTEM DUNHA MANEIRA NON SIGNIFICA QUE A ACCIÓN SEXA CORRECTA NUN SENTIDO MORAL MÁIS AMPLO. É SÓ UNHA INFORMACIÓN ACERCA DOS COSTUMES E CONVENCIONS DUN GRUPO DE XENTE NUN MOMENTO CONCRETO.

A idea central do criterio estatístico é que as variables psicolóxicas que definen a un individuo teñen unha distribución normal na súa poboación de referencia. **Todo pensamento, conduta, emoción que se desvíe da normalidade é considerado patolóxico.** Así podemos diferenciar entre unha persoa con estabilidade emocional e outra neurótica, igual que distinguimos entre baixa e alta capacidade intelectual. **ESTE CRITERIO NON É VÁLIDO, PORQUE: CONSIDERAMOS A TODOS OS XENIOS, PENSADORES E ARTISTAS COMO TRASTORNADOS? SE UNHA MAIORÍA DE PERSOAS CREN NA VIDA ETERNA, SON ANORMAIS OS AGNÓSTICOS E ATEOS?**

B. CRITERIO BIOLÓXICO

O comportamento anormal débese ao imperfecto funcionamento do organismo por algunha alteración do cerebro, ben sexa estrutural ou funcional. AÍNDA QUE É INNEGABLE A IMPORTANCIA DOS PROCESOS BIOLÓXICOS NAS CONDUCTAS E EMOCIONS HUMANAS, TAMÉN É CERTO QUE ESTES PROCESOS SON INFLUÍDOS POR FACTORES PSICOSOCIAIS E AMBIENTAIS.

C. CRITERIO SOCIAL

O psicopatolóxico é unha construción ou convención social establecida nunha época determinada. Como podemos comprobar polos estudos transculturais, o que nunha cultura é normal, é anormal noutras; POR EXEMPLO, MENTRES QUE O ALCOHOL É UNHA DROGA LEGAL EN OCCIDENTE, NA CULTURA ÁRABE ESTÁ PROHIBIDO.

D. CRITERIO SUBXECTIVO E PERSOAL

Cada individuo sabe cal é a súa incapacidade ou sufrimento persoal para desenvolver con éxito a súa vida. ESTE CRITERIO TAMPOUCO É CORRECTO, PORQUE MOITAS PERSOAS DESCOÑECEN OS SEUS SÍNTOMAS OU OS INTERPRETAN MAL. OS HIPOCONDRIÁCOS SON CAPACES DE INVENTARSE ENFERMIDADES E É DIFÍCIL QUE UNHA PERSOA DEMENTE SE VALGA POR SI MESMA.

Tal vez poidamos pensar que ningún criterio é válido, pero debemos recoñecer que todos son necesarios. Os criterios son relativos e non todos teñen o mesmo grao de cientificidade nin explican de

igual maneira a conduta anormal. SI É IMPORTANTE SABER QUE TER DIFICULTADES NA VIDA NON É SINÓNIMO DE ESTAR «TOLO».

A saúde física e psicolóxica, tanto na súa xénese como no seu mantemento, é un estado ou proceso biopsicosocial. A saúde e a enfermidade son procesos determinados por diversas variables.

HOXE EN DÍA, XA NINGUÉN CRE NUNHA LIÑA DIVISORIA CLARA ENTRE O NORMAL E O PATOLÓXICO, A RAZÓN E A LOUCURA, A SAÚDE MENTAL E OS PROBLEMAS DE CONDUTA. HAI MOITAS PERSOAS ENCERRADAS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS SEN RAZÓN, E OUTRAS QUE DEBERÍAN ENCONTRARSE ALÍ OCUPAN LUGARES IMPORTANTES NA VIDA SOCIAL. É DICIR, ALGUNHAS PERSOAS DESPREGAN A SÚA MEGALOMANÍA OU PARANOIA EN ACTIVIDADES SOCIALMENTE RESPECTABLES.



Gustave Doré: *Grabado de don Quijote*. «Eu sei quen son», dixo don Quijote hai 400 anos, algo que moitos xa non poden dicir hoxe. Segundo o historiador da psicoloxía Thomas Leahey, o *Quijote* é «a primeira creación literaria na que a conciencia, o carácter e a personalidade do protagonista se exploran de maneira artística».

TEXTO

«No *Quijote* óese unha risa que parece saída das farsas medievais: un rise do cabaleiro que leva unha bacía (utensilio do barbeiro, cunca) a modo de helmo (casco), rise do escudeiro que recibe una malleira. Pero, ademais deste tipo de comicidade, moitas veces estereotipada, moitas veces cruel, Cervantes fainos saborear unha comicidade moi diferente, moito máis sutil.

Un amable fidalgo aldeán invita a don Quijote á súa morada, onde vive co seu fillo, que é poeta. O fillo, máis lúcido que o seu pai, percibe enseguida que o invitado está tolo e recréase gardando ostensiblemente certa distancia. Logo don Quijote incita ao xove a que lle recite a súa poesía; este apresúrase a facerlle caso, e don Quijote fai un eloxio grandioso do seu talento; feliz, adulado, o fillo queda abraiado pola intelixencia do invitado e esquece no acto a súa loucura.

Quen é, pois, o tolo? O tolo que eloxia ao lúcido ou o lúcido que cre no eloxio do tolo?»

Milan Kundera: *El telón*, Barcelona, Tusquets, 2005, pp. 133-134.

ACTIVIDADES

1.- Busca en Internet o significado deste trastornos:	2.- Como se chama este trastorno?:
a: Bradipsiquia.	a: Tendencia psicopatolóxica a roubar.
b: Nosofobia.	b: Unha persoa padece unha enfermidade sen tela.
c: Ecolalia.	c: Simpatía dos reféns cara aos seus secuestradores.
d: Onicofaxia.	d: Medo aos homosexuais e aos estranxeiros.
e: Enurese.	e: Desexo irreprimible de xogar.
f: Piromanía.	
g: Coprolalia.	
h: Tricotilomanía.	

3.2. CLASIFICACIÓN E DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOXÍA

TEXTO

«Ao longo da historia encontramos dúas imaxes contrapostas da condición humana: a racional e a irracional. Mentres o Hamlet de Shakespeare enzalza á especie humana: nobre pola súa razón!, infinita polas súas calidades!, semellante a un deus polo seu entendemento!, outros, como o ilustre poeta T. S. Elliot, lamentábanse de que “os homes foran baleiros... unha cabeza chea de palla”.»

David G. Myers



Edvard Munch: *El Grito*, National Gallery de Oslo, 1893. Representa a angustia no mundo moderno. O cadro móstranos a un individuo tremendo sobre unha ponte, coas mans tapando os seus oídos e uns ollos moi abertos que nos miran fixamente desde un rostro desfigurado polo terror.

A psicopatoloxía describe e explica os fenómenos psíquicos anormais. Na época do capitalismo globalizado aparece un novo escenario psicopatolóxico. NOS ÚLTIMOS TRINTA AÑOS, AS NEUROSES CLÁSICAS DE PRINCIPIOS DO SÉCULO XX (HISTERIAS, FOBIAS, OBSESIÓNS) SOBRE AS QUE CRECEU A PSICANÁLISE SON SUBSTITUÍDAS POLAS PATOLOXÍAS DA HIPEREXPRESIÓN E OS DESORDES DE TIPO NARCISISTA, CARACTERÍSTICAS DAS NOVAS XERACIÓNS VIDEOELECTRÓNICAS. **Actualmente temos dous sistemas de clasificación para ordenar os comportamentos patolóxicos:**

© Un é o **CIE-10**, que é a **Clasificación Internacional das Enfermidades**, auspiciada pola Organización Mundial da Saúde (OMS), aprobado en **1990**, que inclúe unha taxonomía dos trastornos emocionais, da conduta e do desenvolvemento. Desde o año 2007 la OMS elaborou o CIE-11 e foi aprobado finalmente en 2019

© Outro sistema taxonómico é o **DSM(Diagnostic and Statistical Manual)** da APA (Asociación Psiquiátrica Americana). É unha especie de vademecum para uso clínico que aporta datos epidemiolóxicos e criterios específicos para cada trastorno, e **é o máis aceptado entre os especialistas.**

Desde o DSM-I (1952), que diagnosticou 66 trastornos, pasando polo DSM-III (1980), que diagnosticou 206, hasta el DSM-IV-TR actual (de 2005), houbo grandes modificacións e un aumento do número de categorías diagnósticas. **O DSM-5 (a APA abandona os números romanos) publicouse o 18 de maio de 2013.** (https://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales)

ESTA CLASIFICACIÓN FACILITA A ORGANIZACIÓN DOS DATOS E FAVORECE A COMUNICACIÓN ENTRE OS CIENTÍFICOS, PERO TAMÉN TEN AS SÚAS DESVANTAGES, COMO O ESTIGMA SOCIAL QUE SUPÓN DECLARAR A UNHA PERSOA ENFERMA MENTAL, E PROBLEMAS DE FIABILIDADE RESPECTO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DALGÚNS TRASTORNOS.

OS DIAGNÓSTICOS SON SUBXECTIVOS. SON XUÍZOS DE VALOR BASEADOS NO QUE UNHA SOCIEDADE OU UN GRUPO CONSIDERAN ANORMAL. NON DEBEMOS ESQUECER QUE EN TEMPOS PASADOS FORON CONSIDERADAS ENFERMIDADES MENTAIS A «DRAPETOMANÍA» (COMPULSIÓN DOS

ESCRAVOS NEGROS PARA ESCAPARSE), A SEXUALIDADE DE MULLERES VIÚVAS OU DIVORCIADAS E A HOMOSEXUALIDADE (DESAPARECIDA DA CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTAIS EN 1980, NO DSM-III-R). PAUL WATZLAWICK DICÍA CON IRONÍA QUE ESTE TEN SIDO O MAIOR ÉXITO PSIQUIÁTRICO NA HISTORIA HUMANA. A GOLPE DE LAPIS, MILLÓNS DE PERSOAS FORON «CURADAS DUN TRASTORNO MENTAL».

I. Psicopatoloxía e procesos psicolóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Atención: aproxesia. • Percepción: ilusións e alucinacións. • Memoria: amnesia anterógrada e retrógrada 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamento: delirios. • Linguaxe: dislexia, afasia, disfemia.
II. Trastornos asociados a necesidades biolóxicas e adiccións	<ul style="list-style-type: none"> • Soño: insomnio. • Sexuais: violación. • Alcoholismo: delirium tremens. • Outras drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos alimentarios: anorexia e bulimia. • Control dos impulsos: xogo patolóxico. • Trastornos psicomotores: tics.
III. Psicopatoloxía do desenvolvemento	<ul style="list-style-type: none"> • Autismo infantil. • A discapacidade intelectual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de aprendizaxe: TDAH (hiperactividade). • As demencias senís.
IV. Estrés e trastornos emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo: depresión. • Ansiedade: fobias. • Trastorno obsesivo-compulsivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos somatoformes: hipocondría. • Trastornos psicossomáticos: lumbalxia.
V. Trastornos psicóticos e de personalidade	<ul style="list-style-type: none"> • As esquizofrenias. • Trastornos de personalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicopatía.

Clasificación dos trastornos psicolóxicos. Fonte: A. Belloch; B. Sandín e F. Ramos: *Manual de psicopatología*, 2 vols., Madrid, McGraw-Hill, 2010.

3.2.1. TRASTORNOS DO ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIÓN

A SOCIEDADE ACTUAL, CO SEU EXCITADO RITMO DE ACTIVIDADE E COMPETITIVIDADE, O SEU CULTO AO ÉXITO, A CULTURA DA SATISFACCIÓN INMEDIATA, A INCOMUNICACIÓN E A DESCONFIANZA CARA AO OUTRO, CREA UN TERREO PROPICIO PARA O DESENVOLVEMENTO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS. AGORA BEN, CADA PERSOA PADECE A SÚA PROPIA DEPRESIÓN.

A depresión pode definirse como un profundo malestar que afecta a todo o corpo, os pensamentos e o estado de ánimo. Non é un estado de tristeza pasaxeiro, unha debilidade persoal, nin unha actitude persoal que poida cambiarse segundo a nosa vontade.

Cando unha persoa está deprimida, os seus pensamentos adoitan ser negativos, existe malestar físico en forma de abatemento e dor, e as emocións están cargadas de tristeza e desesperanza cara a vida.

A depresión interfere gravemente na actividade cotiá do individuo e posúe características propias segundo a idade da persoa que a padece. Pode aparecer ante unha situación estresante ou desenvolverse ao longo do tempo.

Para diagnosticar unha depresión é importante saber que a súa orixe non se debe ao consumo de drogas, que é diferente da manía e non debemos confundila cos períodos de dó, que se producen pola morte dun ser querido.

En xeral, podemos distinguir dous tipos de depresións: **endóxenas** e **exóxenas**. NAS DEPRESIÓNS ENDÓXENAS NON EXISTE UNHA CAUSA EXTERNA E SON PRODUTO DE FACTORES BIOLÓXICOS (DEFICIENCIA NO NEUROTRANSMISOR SEROTONINA), A HERDANZA XENÉTICA OU PROBLEMAS NEUROLÓXICOS. AS DEPRESIÓNS EXÓXENAS PODEN ORIXINARSE POR ALGÚN CONFLITO PSICOSOCIAL, COMO DIVORCIARSE OU ESTAR SEN TRABALLO.

Outra distinción establécese entre **depresión unipolar fronte a depresión bipolar**. A depresión unipolar é o trastorno común no cal pode haber un ou máis episodios depresivos. En cambio, na depresión bipolar, o paciente alterna episodios depresivos e maníacos (está eufórico, hiperactivo, etc.).

Os **síntomas** máis significativos da depresión son:



Físicos. Problemas de soño (insomnio), perda de apetito, falta de actividade e desexo sexual. Tamén adoitan aparecer dores de cabeza, estrinximento e perda da menstruación nas mulleres.



Anímicos. Tristeza e irritabilidade, un excesivo nerviosismo, sentimentos de baleiro e impotencia.



Cognitivos. O rendemento cognitivo dun deprimido é menor, porque diminúe a atención e concentración nas súas actividades cotiás.

Segundo o psicólogo **Aaron T. Beck**, unha persoa con depresión ten unha visión negativa de si mesma, do seu entorno e do seu futuro. O SEU MODELO COGNITIVO PARA A DEPRESIÓN CONSIDERA QUE **A VALORACIÓN NEGATIVA, MÁIS QUE UN SÍNTOMA, É UNHA CAUSA DA DEPRESIÓN**; POR ISTO A SÚA TERAPIA ABORDA O CAMBIO COGNITIVO DO SUXEITO.



Motivacionais e condutuais. O **síntoma** máis característico é a **diminución na capacidade de gozar e "desfrutar" da vida**. @ deprimid@ pode abandonar os estudos ou o traballo e cústalle realizar calquera actividade, como asearse cando se levanta ou decidir con que roupa se vestirá.



Interpersoais. Un deprimid@ mantén unhas **relacións tensas coas persoas que lle rodean, sexa no ámbito familiar ou laboral**. A **evitación social** que acompaña á depresión fai que á persoa lle resulte máis difícil relacionarse, o que agrava o problema.

A terapia cognitivo-condutual ensina aos pacientes depresivos a reflexionar sobre a validez das súas crenzas disfuncionais e a cambiar a forma en que procesan a información referente á súa persoa. Tamén **lles ensinan habilidades para afrontar situacións difíciles da vida social**.

REFLEXIONA 2: Depresión

«É unha das enfermidades máis populares do noso tempo. Penso agora que debeu comezar arredor dos meus dezasete ou dezaoto anos. Desde entón non me abandonou. Hoxe teño trinta e dous, e se me tomo a molestia de calcular a duración dos meus sufrimentos direi que son quince anos. Sen embargo, non podería dicir que ao longo de todos eses quince anos o sufrimento fora constantemente da mesma intensidade. Ás veces aumentaba, outras disminuía.

[...] Todos saben que é a depresión: todo é gris, frío, baleiro. Nada produce alegría, e todo o doloroso provoca unha dor esaxerada. Pérdense as esperanzas e non se ve nada máis alá dun presente desgraciado e privado de todo sentido. Todas as cousas que se din alegres non nos alegran en absoluto. As dúas características da depresión son a soidade e a desesperación.»

Fritz Zorn: *Bajo el signo de Marte*, Barcelona, Anagrama, 2009, p. 108.

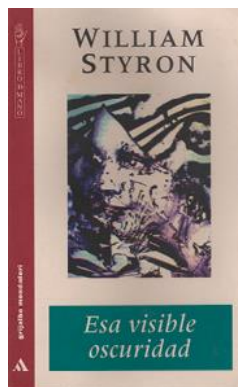
- 1.- Cal é a principal diferenza entre a tristeza e a depresión ante unha situación vital?
- 2.- Varían as depresións en función da idade e da orixe cultural do suxeito?

MÁIS DATOS

As persoas deprimidas teñen baixo estado de ánimo e alteracións doutras funcións (como o sono, a libido e a memoria), debido a unha caída da actividade dos circuitos cerebrais que utilizan serotonina. Na actualidade, un dos antidepressivos máis utilizados é o Prozac ou «píldora da felicidade».

PENSAMENTO CRÍTICO

Un libro



William Styron: *Esa visible oscuridad*, Barcelona, La otra orilla, 2009. Este libro é unha crónica da depresión, un texto sen dúbida capital na exploración da alma contemporánea. O novelista norteamericano William Styron (1925-2006) describe neste libro o ataque depresivo que sufriu en 1985-1986, cando chegaba aos 60. A depresión, afirma, é case unha revelación do entrelazados que están os procesos corporais e mentais. Grazas ao seu testemuño sabemos que a depresión se pode vencer.

3.2.2. OS TRASTORNOS DE ANSIEDADE

REFLEXIONA 3

«Todos coñecemos a angustia desde a infancia, e todos sabemos que moitas veces é incomprendible, indiferenciada. É raro que leve unha etiqueta escrita con claridade designando a súa causa: cando a leva, acostuma ser mentireira. Podemos crernos e declararnos angustiados por un motivo e que sexa por outro; crer que sufrimos polo futuro e, en lugar de iso, sufrir polo noso pasado; crer que sufrimos polos demais, por compaixón, por “simpatía”, e en lugar de isto sufrir por motivos propios, máis ou menos profundos, máis ou menos confesables ou confesados; ás veces tan profundos que só o especialista, o analista das almas, pode desentrañalos.»

Primo Levi: *Los hundidos y los salvados*, Barcelona, El Aleph, 2006, pp. 61-62.

1.- As crises de angustia son espontáneas e inesperadas, sen que o paciente poida relacionalas con algunha situación estresante?

2.- Que síntomas físicos e psicolóxicos se producen nunha crise de angustia?

A angustia e a ansiedade son inherentes á especie humana, e nalgúns casos constitúen o motor esencial da nosa vida.

A ANSIEDADE É UNHA SENSACIÓN DIFUSA, UN SINAL QUE NOS ANTICIPA O PERIGO OU A DOR QUE XORDE CANDO NON SOMOS CAPACES DE COMPRENDER A REALIDADE QUE VIVIMOS OU SE CAMBALEA O NOSO AUTOCONCEPTO.

A ansiedade pode ser unha sensación na que se mesturan moitas emocións (medo, vergonza, culpa). E **cando se perden o control e a vontade, aparece a angustia, asociada a situacións desesperadas e a fortes tensións psíquicas.**

A ansiedade é unha resposta emocional na que actúan tres sistemas (fisiolóxico, cognitivo e motor), ás veces con escasa covariación entre eles.

As **manifestacións** destes sistemas son:



Nivel fisiolóxico. Maior activación do SNA expresada en cambios no sistema cardiovascular (presión sanguínea alta, palpitacións, incremento da taxa cardíaca), cambios no sistema muscular (excesiva tensión muscular), cambios respiratorios e maior actividade electrodérmica.



Nivel cognitivo. Presentimentos da situación temida que xeran distorsións cognitivas e ideas irracionais, e sentimentos de medo ou tensión emocional.



Nivel motor. As condutas motoras, froito da activación fisiolóxica e a valoración cognitiva da situación, consisten en respostas de escape ou evitación, tremor, quedarse paralizado e tartamudeo.

Os trastornos de ansiedade podemos agrupalos así:



AS FOBIAS (medo irracional ante una situación).



O TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (obsesión por un pensamento ou conduta que o suxeito non pode evitar).



O ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (tras un episodio violento).



O TRASTORNO DE ANSIEDADE XENERALIZADA.

Trastornos de ansiedad	Agorafobia	Fobia social
Situacións evitadas	<ul style="list-style-type: none"> • Reunións sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Multitudes. • Transportes públicos. • Rúa.
Resposta	<ul style="list-style-type: none"> • Rubor. • Tremor. • Tartamudez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ataque de pánico. • Mareo, perda de control.
Actividade evitada	<ul style="list-style-type: none"> • Falar en público. • Charlar con descoñecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Viaxar. • Comprar. • Saír de casa.
Pensamentos anticipatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Temor á avaliación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temor aos ataques de pánico.
Curso	<ul style="list-style-type: none"> • Máis estable. 	<ul style="list-style-type: none"> • A miúdo flutuante.

Trazos diferenciais entre a agorafobia e a fobia social. Fonte: Enrique Echeburúa: *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*, Madrid, Pirámide, 2011.

3.2.2.1.- TRASTORNOS FÓBICOS

Os síntomas que definen as fobias son a evitación permanente dun obxecto ou dunha situación e a sensación desagradable de ansiedad.



Na mitoloxía grega, os guerreiros acudían ao deus **Fobos** para intimidar aos inimigos e, antes de acudir ao combate, pintaban o seu rostro sobre as máscaras e os escudos. De aí provén que **fobos/fobia se admitira na patoloxía co significado de medo o temor cara a algo**.

UNA FOBIA É UN MEDO EXCESIVO, PERSISTENTE, IRRACIONAL E DESPROPORCIONADO, PROVOCADO POR DETERMINADOS OBXECTOS, ANIMAIS, PERSOAS OU SITUACIÓNS.

As fobias caracterízanse por unha **reacción de atracción e de defensa ante o axente fóbico**, que produce **intensa angustia no suxeito, a pesar de que este é consciente de que o seu temor é inxustificado**. As fobias non poden ser explicadas ou razoadas e están fóra do control voluntario do suxeito, que trata de evitar o obxecto ou a situación temida. **TODOS OS FÓBICOS SABEN QUE O SEU MEDO É ABSURDO, PERO NON PODEN FUXIR DEL.**

As fobias diferéncianse unhas doutras en función das situacións ou os obxectos que inducen medo, ansiedad ou condutas de evitación. Coñecemos diferentes fobias en función do estímulo que as provoca:



Aos animais, como insectos, roedores, etc.; adoitan iniciarse na infancia.



A estímulos ambientais, como tormentas.



Ao sangue, as picadas e as feridas.



A situacións concretas (fobia situacional), como ascensores, avións, locais cerrados, etc.

Crese que moitos temores son restos subconscientes de épocas nas que a especie humana si estivo ameazada por insectos ou réptiles. Pero ESTA EXPLICACIÓN NON ABARCA TODOS OS CASOS: PODERÍA XUSTIFICAR O MEDO ÁS ARAÑAS (ARACNOFOBIA) OU AOS ANIMAIS (ZOOFOBIA), PERO NON EXPLICARÍA O MEDO AO NÚMERO 13 (TRISKAIDEKAFOBIA).

O temor é unha reacción natural para a supervivencia do individuo e convértese en fobia cando:

- ❖ O obxecto temido non entraña ningún perigo real.
- ❖ O temor é desproporcionado ao perigo, ou ben incongruente co resto da personalidade do suxeito.
- ❖ Perturba a vida diaria do suxeito.

As clasificacións internacionais inclúen tres diagnósticos: as **fobias específicas (ou simples)**, a **fobia social (ou ansiedade social)** e a **agorafobia**.

Case todas as persoas teñen algunha fobia leve: son comúns os temores ás alturas, aos espazos cerrados ou ás arañas. Algunhas fobias e poden desaparecer de forma espontánea, na infancia ou adolescencia.



A AGORAFOBIA consiste no temor aos lugares públicos e maniféstase por un conxunto de temores: non saír á rúa, incapacidade de coller transportes públicos, evitar lugares onde hai moita xente, como un cine ou o supermercado. Algúns agorafóbicos poden sufrir ataques de pánico. A persoa agorafóbica restrinxe a súa vida a un territorio cada vez máis estreito para protexerse contra a angustia.



A FOBIA SOCIAL é un medo ante situacións sociais onde a persoa se expón a ser observada, avaliada ou humillada por outros e a comportarse ou facer algo embarazoso. É UN SIGNO DE INSEGURIDADE E DE CULPABILIDADE FRONTE Á MIRADA ALLEA.

A fobia social diferénciase da agorafobia nas condutas de evitación, nas respostas fisiolóxicas do suxeito e no contido dos seus pensamentos, que acostuman ser negativos e derrotistas. Pódese presentar en diversas formas, como medo a ser observado no traballo ou medo a falar en público.

ACTIVIDADES

3.- Que significan as fobias que aparecen na columna esquerda?

1. Hemato.	a) Luz solar.
2. Piro.	b) Enfermidade.
3. Ornito.	c) Homosexuais.
4. Hidro.	d) Matrimonio.
5. Noso.	e) Lume.
6. Homo.	f) Auga.
7. Gamo.	g) Sangue.
8. Helio.	h) Paxaros.

- **Acrofobia:** Temor a estar en lugares altos.
- **Aerofobia:** Temor a viaxar en avión.
- **Agorafobia:** Temor aos lugares abertos.
- **Claustrofobia:** Temor aos lugares pechados.
- **Hematofobia:** Temor ao sangue.
- **Nictofobia:** Temor á noite ou á escuridade.
- **Xenofobia:** Desconfianza cara os estraños.
- **Zoofobia:** Pavor cara os animais.

3.2.2.2. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

«Todas as deformacións, as chepas psíquicas e as excentricidades están tan diluídas na sociedade que resulta difícil percibilas, pero, aquí concentradas, revelan claramente o rostro dos tempos que vivimos. Os manicomios son os museos das almas.»

Stanislav Lem: *El hospital de la transfiguración*, Madrid, Impedimenta, 2008, p. 207.



Egon Schiele: *Autorretrato con dedos estendidos*, 1912. Na mente das persoas obsesivas aséntase un campo de batalla entre os seus pensamentos ou impulsos absurdos ou estraños e os esforzos que a persoa realiza por liberarse deles.

O trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) clasifícase no DSM-5 como un **trastorno de ansiedade, que se manifesta con obsesións, compulsións ou ambas, e causa unha perturbación significativa na vida cotiá da persoa.**

AS OBSESIÓNS SON PENSAMENTOS, IDEAS, IMAXES OU RECORDOS INAPROPIADOS NON EXPERIMENTADOS COMO VOLUNTARIOS, SENÓN COMO INVASORES DA CONCIENCIA E CONSIDERADOS REPUGNANTES OU SEN SENTIDO.

O termo obsesión deriva do latín *obsessio*, *obsessionis*, que significa «asedio». A etimoloxía da palabra é relevante: a obsesión implica que **o individuo loita contra algo externo que se lle resiste activamente**. Existen diferentes tipos de obsesións:



De contaminación: medo á sucidade ou contaminación.



De comprobación: examinar se está pechada a chave do gas.



De acumulación: acumular multitude de obxectos inservibles.



De orde: causa malestar ver obxectos «fóra do seu sitio».

Outras obsesións consisten en darlle voltas a un tema relixioso, político ou a algunha experiencia vital. HAI PERSOAS QUE, DESPOIS DE AÑOS DE ESTAR SEPARADAS, SEGUEN MANTENDO UN DIÁLOGO INTERNO CHEO DE DÚBIDAS SOBRE ESA EXPERIENCIA.

AS COMPULSIÓNS SON CONDUCTAS REPETITIVAS, FEITAS DE FORMA ESTEREOTIPADA (DENOMÍANSE RITUAIS), E REALÍZANSE EN RESPONSA A UNHA OBSESIÓN. A CONDUTA NON TEN UNHA FINALIDADE EN SI MESMA, SENÓN QUE ESTÁ ORIENTADA A PREVIR ALGÚN ACONTECEMENTO FUTURO.

As formas máis comúns de compulsións ou condutas rituais son facer as cosas sempre nunha determinada orde, realizar rituais de limpeza, como lavarse continuamente as mans por medo á contaminación ou á sucidade. Pode haber condutas rituais sen unha obsesión precedente.

3.2.2.3. O ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

As persoas que viviron situacións inusuais, como guerras, accidentes de tráfico, catástrofes naturais ou agresións sexuais, poden sufrir estrés postraumático. Os traumas non son situacións cotiás que provocan estrés, senón **experiencias nas que estivo en perigo a vida da persoa.**

Aínda que non todas as persoas viven o acontecemento con idéntica intensidade e cada unha posúe distintos recursos para afrontalo, o psicólogo **Enrique Echeburúa** destaca tres aspectos comúns nestes pacientes:



As vítimas adoitan revivir a agresión sufrida ou a experiencia vivida con recordos constantes ou pesadelos.



Mostran síntomas de irritabilidade, dificultades para conciliar o sono e atordamento afectivo.



Rexeitan falar cos seus seres queridos sobre o acontecemento traumático.

3.2.3. TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

O termo esquizofrenia (literalmente «mente dividida») significa fragmentación das capacidades cognitivas e afectivas. E. Breuler describiu en 1911 este trastorno (substituto do termo «demencia precoz») como **un dos máis devastadores que existen.**

A ESQUIZOFRENIA É UNHA DAS ENFERMIDADES MÁIS GRAVES E COMPLEXAS QUE POIDAN AFECTAR AO PSIQUISMO HUMANO. O seu inicio sitúase ao final da adolescencia ou ao comezo da vida adulta, é padecida por persoas de ambos sexos e a súa incidencia é similar en distintas culturas.

Na esquizofrenia distínguense **dúas clases de síntomas:**



Os **síntomas positivos** maniféstanse pola perturbación das funcións mentais e ter comportamentos estrafalarios. Esta incapacidade para interpretar a realidade caracterízase polos **delirios (crer que alguén os espía), as alucinacións (ver imaxes ou oír voces que lles parecen reais) e o pensamento ilóxico (falta de asociacións entre ideas).**



Os **síntomas negativos** da esquizofrenia son os que eliminan as habilidades normais como organizarse a vida, ordenar a habitación e ocuparse dun mesmo. Tamén se observan **emocións planas e deterioro cognitivo.**

A etiología da esquizofrenia segue sendo un enigma por resolver. Sinaláronse varias causas biolóxicas: alteracións xenéticas e bioquímicas (relacionadas coa dopamina cerebral), alteracións cerebrais (asimetría hemisférica), alteracións no sistema inmunolóxico, etc.

As características máis significativas da esquizofrenia son:



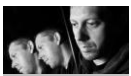
Percepcións perturbadas. Un esquizofrénico pode sufrir diferentes tipos de alucinacións: auditivas (oe voces que lle falan), visuais (ve formas que non existen en realidade) ou cinestésicas (sensacións de cambio de forma ou tamaño dun órgano corporal).



Desorganización do pensamento. O pensamento esquizofrénico é fragmentado e deformado sen unha base lóxica, perdeu o contacto coa realidade e a outras persoas lles parece absurdo. A persoa con esquizofrenia pode presentar ideas delirantes: de grandeza (crese con poderes especiais), persecutorias (pensa que é vixiado ou perseguido) ou somáticas (cre que se estraga o seu cerebro). Tamén é frecuente a lectura do pensamento; pensa que outros coñecen os seus pensamentos íntimos.



Emocións e condutas inadecuadas. O esquizofrénico vive nun mundo ilusorio e inexistente no que está atrapado, **o seu corpo e personalidade sonlle estraños e as súas reaccións emocionais e afectivas son apáticas. No goza da vida, porque lle parece baleira e sen significado.** Ás veces, viste de forma estrafalaria, pola súa perda de identidade.



Retraemento social. Esta conduta está provocada pola dificultade para establecer relacións interpersoais, xa que as considera insatisfactorias.

Ata agora os fármacos antipsicóticos eran o único tratamento para aliviar a estes pacientes. Na actualidade os psicólogos axudan a estas persoas a vivir coas súas experiencias e cambiar os seus delirios ou crenzas desadaptadas.

A psicopatoloxía reconece catro tipos de esquizofrenia:



Paranoide. Caracterízase por **ter ideas delirantes de persecución ou de grandeza.** Outros síntomas son as sensacións auditivas (en ausencia de estímulo externo) e a desorganización da linguaxe e do comportamento.



Catatónica. As persoas que a padecen amosan un **negativismo extremo,** son **pasivos e incommunicativos,** manteñen **posturas e movementos corporais estraños e estereotipados (poden permanecer moitas horas con idéntica postura corporal, igual que un manequín).**



Desorganizada. As persoas con este trastorno presentan un **comportamento infantil nas súas poses e xesticulación, falan con persoas imaxinarias e o seu afecto é inapropiado e superficial.**



Residual. É característica de persoas con **síntomas psicóticos moderados,** como ter un comportamento excéntrico ou un pensamento ilóxico.

RELACIONA

Os fármacos psicoactivos

«Antes dos anos cincuenta, as enfermidades psiquiátricas non se trataban mediante fármacos. As persoas esquizofrénicas e con neuroses maníaco-depresivas tiñan que ser confinadas en hospitais psiquiátricos. Dez anos despois, houbo serendipia no descubrimento de case todos os fármacos psicoactivos:

- Clorpromacina (Henry Laborit, neurocirurxián francés) para a esquizofrenia.
- Imipramina (1958) (Roland Kuhn, doutor suízo), un antidepressivo.
- O litio (1970) (John Cade, psiquiatra australiano) para combater o trastorno maníaco-depresivo.
- Valium (1963) (Leo Sternbach, 1963), un tranquilizante.»

Royston M. Roberts: *Serendipia. Descubrimientos accidentales de la ciencia,* Madrid, Alianza, 2010, pp. 280-286.

PENSAMENTO CRÍTICO

Un libro



Daniel Paul Schreber: *Memorias de un enfermo de nervios,* Madrid, Sexto Piso, 2008. Daniel Paul Schreber (1842-1911) naceu en Leipzig (Alemaña). En 1893 foi nomeado presidente da Sala na Corte de Apelación de Dresde. Paul Schreber experimentou tres crises psicóticas na súa vida e estivo ingresado nunha clínica de Leipzig dirixida polo neurólogo Dr. Flechsig en dúas ocasións, desde o outono de 1884 ata finais de 1885 e desde novembro de 1893 ata xuño de 1894. Recuperado da enfermidade decidiu publicar en 1903 o relato dos seus delirios psicóticos. Morreu internado en 1911 tras unha recaída. O libro de Schreber é un gran tratado de psicopatoloxía.

Unha película



Ron Howard: Una mente maravillosa. EE. UU., 2001. Duración: 130 min. Narra a historia de John Nash (1928-2015), matemático galardoado con Premio Nobel de Economía (1994) que loitou contra a esquizofrenia paranoide desde 1959.

3.2.4. TRASTORNOS DA ALIMENTACIÓN

TEXTO

«Existen varios motivos polos que unha adolescente ou unha muller xove poden comezar a restrinxir a inxestión de alimentos. A sociedade estadounidense promove a idea de que estar delgada é un requisito importante para as mulleres que queren ter un físico atractivo. De aí que moitas xoves con desexos de ser atractivas acaben desenvolvendo anorexia tras meses de seguir unha dieta de fame.»

Jerome Kagan: *El temperamento y su trama*, Buenos Aires, Katz, 2011, p. 176.

Os trastornos da conducta alimentaria, como a anorexia e a bulimia nerviosa, son un problema crecente nas sociedades occidentais e poden afectar á saúde física e ao funcionamento psicosocial do suxeito.

Unha dieta deficiente provoca no organismo un estado de estrés físico e debilita o sistema inmunolóxico, facendo que a persoa sexa máis susceptible ás infeccións.

3.2.4.1. A ANOREXIA NERVIOSA

A ANOREXIA NERVIOSA é un trastorno da conducta alimentaria que se nutre e crece conforme aumenta o medo a engordar. O que voluntariamente comeza baixo o dominio da razón (controlar a dieta para perder algún quilo) acaba converténdose nunha enfermidade, que elas mesmas se provocan coa súa folga de fame voluntaria.

Aínda que a anorexia afecta a ambos sexos, **é típica en rapazas de 12 a 20 anos.** A distorsión da imaxe corporal lévaas a percibir o seu corpo deformado.



Os **criterios para o diagnóstico da anorexia** son os seguintes:



Realización dunha dieta obsesiva ata perder máis do 15 % do peso normal.



Ausencia de outra enfermidade orgánica ou psíquica.



Ter unha imaxe da talla ou silueta corporal distorsionada e medo intenso a gañar peso.



En xeral, estas persoas son boas estudantes, hiperactivas e moi perfeccionistas.



Amenorrea ou perda da menstruación regular.



Nalgúns casos, a persoa dáse "atracóns" (enchentes) de comida e realiza condutas purgantes.

O MAIOR DRAMA DAS PERSOAS CON ANOREXIA É O PERFECCIONISMO: NON ADMITEN COMETER ERROS. DEBEN APRENDER QUE OS PROPIOS LÍMITES PERMÍTENOS CONTACTAR COA REALIDADE.

As causas da anorexia son descoñecidas. **Algúns psicólogos consideran que a súa orixe radica na idea de beleza vixente na sociedade occidental. Outros descríbena como unha alteración relacionada co medo a crecer e á sexualidade, e con problemas familiares.**

3.2.4.2. A BULIMIA NERVIOSA

Outro trastorno alimentario é a **bulimia**, propio de mulleres xoves, que **se caracteriza por comer demasiado e realizar condutas purgativas. Moitas xoves tamén compren os criterios da anorexia nerviosa ao inicio deste trastorno.**

A bulimia nerviosa caracterízase polos seguintes **síntomas**:



Desenvolvemento de hábitos alimentarios anormais.



"Atracóns" de comida, que provocan na persoa sentimentos de vergonza, culpabilidade e desprezo. Para mitigar o seu estado emocional, vomitan, utilizan laxantes, diuréticos ou fan excesivo exercicio físico.



Dous episodios de "atracón" de comida á semana durante polo menos tres meses.



Distorsión da imaxe corporal e sensación de perda de control sobre o comer.



Estados de ánimo negativos, situacións estresantes e fame intensa son algúns dos factores desencadeantes dos atracóns.

AS PERSOAS BULÍMICAS SON CONSCIENTES DA SÚA CONDUCTA DESADAPTADA E, CON FRECUENCIA, SÉNTENSE CULPABLES E DEPRIMIDAS. NON CHEGAN A SER TAN DELGADAS COMO AS ANORÉXICAS, PERO ESTÁN OBSESIONADAS CO PESO E POR MANTERSE EN FORMA.

Factores predispoñentes	<ul style="list-style-type: none"> • Factores xenéticos. • Sexo feminino (12-20 años). • Trastorno afectivo. • Introversión/Inestabilidade. • Obesidade. • Nivel social medio/alto. • Familiares con adiccións. • Obesidade materna. • Valores estéticos dominantes.
Factores precipitantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios corporais adolescentes. • Separacións e perdas. • Rupturas conxugais dos pais. • Contactos sexuais. • Incremento rápido de peso. • Críticas respecto ao corpo. • Incremento de actividade física. • Acontecementos vitais.
Factores de mantemento	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias da inanición. • Interacción familiar. • Illamento social. • «Cognicións anoréxicas». • Actividade física excesiva.

Factores da anorexia nerviosa.

3.3. TERAPIAS PSICOLÓXICAS

Non existe unha psicoloxía que explique de forma concluínte todos os aspectos do ser humano. No seu lugar, **temos diversas teorías que contemplan os problemas psicolóxicos desde diferentes perspectivas**, unhas veces complementarias e outras opostas.

A psicoloxía clínica dispón dun conxunto de **procedementos e técnicas terapéuticas** para o cambio e a modificación dos problemas cognitivos, emocionais E de conduta. Posto que existen distintas orientacións psicolóxicas, cada unha ten construído as súas **técnicas para restablecer o equilibrio psicolóxico**.

3.3.1. QUE É UNHA TERAPIA?

	Psicanálise	Cognitivo-condutual	Familiar ou sistémica
Autores	S. Freud, C. Jung, J. Lacan	A. Beck, A. Ellis	P. Watzlawick, Selvini-Palazzoli
Concepto de patoloxía	Conflitos instintivos: desexos libidinosos que permanecen fóra da conciencia.	Hábitos aprendidos: condutas anómalas que foron reforzadas polo entorno.	Os problemas non son do suxeito, senón do sistema familiar.
Concepto de saúde	Resolución dos conflitos grazas ao trunfo do consciente sobre o inconsciente.	Desaparición do problema e redución da ansiedade pola eliminación do síntoma específico.	Cambiar o sistema familiar pechado por un aberto.
Obxectivos da terapia	Desvelar o significado do inconsciente. Maduración do Eu.	Análise de condutas específicas (que «fan» os suxeitos?) e das variables que controlan.	Adaptación ás etapas do «ciclo vital». Buscar relacións útiles e non danñas.
Método de cambio	<i>Insight</i> : profundo coñecemento intelectual e emocional dun mesmo.	Desaprendizaxe directo das causas que producen os síntomas.	Análise dos xogos de poder. Cambiar as regras recoñecidas e secretas do sistema familiar.
Tipo de tratamento	Intensivo e de longa duración.	Non intensivo e de curta duración.	Intensivo, de curta duración.
Técnicas terapéuticas	Interpretación da asociación libre de ideas, soños, transferencias e síntomas.	Condicionamento da conduta mediante reforzos positivos e negativos.	Desafío ás definicións familiares e redefinición dos problemas.
Modelo terapéutico	Alianza entre analista e paciente. Función do terapeuta non directiva.	Alianza para a aprendizaxe entre terapeuta e cliente.	O terapeuta modifica o estilo e a organización familiar.

As principais terapias psicolóxicas. Cómo recuperar a harmonía perdida.

O termo terapia provén do grego *therapeutikós*, que significa «aquele que coida de outra persoa». **Isto non significa que os terapeutas de hoxe sexan os confesores de onte.** Un terapeuta non nace; faise mediante o estudo, a investigación e a práctica clínica.

Con diferentes técnicas e métodos, o terapeuta axuda a resolver problemas persoais, a ensanchar os estreitos marxes da conduta, a ser creativo nas relacións interpersoais e a ter unha visión persoal máis realista.

AÍNDA HOXE MOITOS CREN QUE AS DIFICULTADES PSICOLÓXICAS TEÑEN QUE SER SUPERADAS POR UN MESMO, «COA PROPIA FORZA DE VONTADE» OU POLO PASO DO TEMPO, QUE «TODO O CURA». COSTA ACUDIR A UN PSICÓLOGO CANDO SE TEÑEN DIFICULTADES PERSOAIS, PORQUE ALGÚNS CREN QUE ISO É COUSA DE «TOLOS». Sen embargo, a terapia é unha relación de traballo, entre un terapeuta e un cliente, para desenvolver formas máis viables de estar no mundo. Un terapeuta non só se preocupa das condutas observables e das relacións interpersoais, senón tamén das expresións afectivas, os estilos cognitivos ou os bloqueos que impiden asumir o control e o cambio persoal.

REFLEXIONA 4

«En realidade, non iría a terapia nin en soños. A meta da terapia é facerte feliz. A xente feliz non é interesante. Mellor aceptar a carga de infelicidade e intentar transformala nalgo que valga a pena, poesía, música ou pintura: é o que el cre.»

J. M. Coetzee

- 1.- A psicoterapia persegue o desenvolvemento da esperanza e a sensación de autocontrol?
- 2.- Hai moitos artistas capaces de converter o sufrimento en música ou poesía?

3.3.2. METAS TERAPÉUTICAS



O mito da morte de Ofelia. Un dos problemas graves de toda sociedade é o suicidio. Ás veces instáurase nunha persoa a idea de morte e existe o risco de que acabe suicidándose. É necesario descubrir canto antes os síntomas e establecer medidas preventivas.

Os terapeutas non adoitan estar de acordo coas variables que se deben ter en conta para estudar a xénese, o mantemento e os cambios dos trastornos condutuais e emocionais. SEN EMBARGO, O PSICÓLOGO CHRIS KLEINKE, na súa obra *Principios comunes de psicoterapia* (Bilbao, Desclee de Brouwer, 2014), SINALA VARIOS OBXECTIVOS BÁSICOS DAS DIFERENTES TERAPIAS:

- A. Axudar a superar a desmoralización.**
- B. Afianzar a competencia persoal.**
- C. Superar as condutas de evitación.**
- D. Ser consciente das propias ideas erróneas.**

A. AXUDAR A SUPERAR A DESMORALIZACIÓN

Algúns problemas débense a ter baixa autoestima e falta de habilidades sociais; outros son produto da incompetencia persoal ou de non saber tomar decisións. Para superar estas dificultades, O TERAPEUTA DEBE ACEPTAR DE FORMA INCONDICIONAL AS EXPERIENCIAS, PENSAMENTOS E SENTIMENTOS DAS PERSOAS QUE ACODEN Á TERAPIA. **Richard Lazarus** sinala que «**O OBOXECTIVO DA TERAPIA É ENSINAR A VER OS PROBLEMAS COMO DESAFÍOS E NON COMO AMEAZAS**». Isto reducirá o grado de desmoralización da persoa para adoptar os cambios necesarios e buscar camiños vitais máis frutíferos.

B. AFIANZAR A COMPETENCIA PERSOAL

Aprender a dirixir a nosa conduta é un obxectivo básico de todas as psicoterapias. Algunhas **estratexias** para mellorar a eficacia persoal son as seguintes:

☺ **Pensar en condutas concretas, non en definicións globais.** Por exemplo, pensar «**síntome triste**», en lugar de dicir «**estou deprimido**».

☺ **Pensar a solución:** «**algunhas veces estou estresado e enfadado; como podo cambiar?**».

☺ **Pensamento práctico:** «**estou ansioso ante os próximos exames, pero superareinos**».

☺ **Pensar en logros pequenos:** «**vou facer a cama en lugar de pensar en ordenar toda a casa**».

☺ **Pensar no futuro, non no pasado:** «**mañá intentarei non ser pasivo en clase**» en lugar de «**onte non fun capaz de preguntarlle á profesora de matemáticas**».

C. SUPERAR AS CONDUTAS DE EVITACIÓN

É necesario aprender estratexias para enfrontarse aos problemas e situacións estresantes da vida en lugar de evitalas. Por iso, unha das tarefas terapéuticas é **AXUDAR Á PERSOA A REALIZAR O QUE TEME, A EXPOÑERSE ÁS SITUACIÓNS ANSIÓXENAS.**

D. SER CONSCIENTE DAS PROPIAS IDEAS ERRÓNEAS

Moitas persoas fíxanse metas irrealas, tenden a ser perfeccionistas e xúlganse a si mesmas con criterios moi rigorosos. Establecen metas que son abstractas, xerais e inalcanzables; e **A FORMA EN QUE DEFINEN OS SEUS OBOXECTIVOS PERSOAIS DETERMINA O SEU ÉXITO OU FRACASO, A SÚA AUTOESTIMA OU INUTILIDADE.** **Os terapeutas,** especialmente os de orientación cognitiva, ensinan a ser conscientes das propias distorsións cognitivas e ideas irracionais que perturban o estado emocional.

E. ENSINAR A ACEPTAR AS REALIDADES DA VIDA

Hai dúas tarefas que son importantes para alcanzar a madurez persoal: aceptar as cousas que non podemos cambiar e loitar para intentar transformar as que podemos, e ter criterios realistas para lograr un equilibrio entre os desexos, a imaxinación e a nosa capacidade de acción.

TEXTO

«Cando o caos é o rei, rendemos culto á orde. E viceversa.

No reino do espírito, ningún mendigo se enriquece da noite á mañá.

Ao consumidor fáltalle unha paixón que o consuma.

Cando non hai nada que facer, proba con ser.

Estás atrapado por aquilo do que foxes.

A natureza douche unha "brúxula" (compás) para a túa viaxe.

Ningunha sensación pode encher un baleiro emocional.

Encolerízate coa túa resignación e o teu resentimento.

A depresión é vivir na terra da promesa rota.

O conformismo convértenos a todos en clixés.»

Sam Keen

3.3.3. A PSICANÁLISE

TEXTO

«A terapia da psicanálise permite ao paciente transitar por un espazo protexido, distante das regras de conversación e da alternancia no uso da palabra. O psicanalista permanece case calado, nunha actitude de escoita, mentres o paciente loita coas tensións do seu discurso. O silencio, pedra angular do tratamento, baséase aquí non no mutismo do psicanalista senón na parsimonia dunha palabra que cobra todo o seu valor cando se emite, e que permite falar sen reservas de si mesmo.»

David Le Breton: *El silencio*, Sequitur, 2007, p. 10.

A psicoterapia nace a finais do século XIX coa psicanálise de Sigmund Freud. Fronte á medicina tradicional, que utilizaba procedementos como a hipnose no tratamento da neurose (termo substituído por «ansiedade»), **a psicanálise utiliza a palabra como vehículo terapéutico.**

Na súa análise sobre a conciencia Freud distingue tres niveis: **o inconsciente**, formado por contidos mentais aos que a persoa non ten acceso, **o consciente**, que inclúe percepcións e pensamentos, e **o preconscious**, que posúe contidos facilmente accesibles á conciencia.

Por outra parte, **Freud establece tres estruturas mentais:**

- ⊙ **O ISO (ID)**, que é a fonte da enerxía mental, dos instintos (agresivos e sexuais) e dos desexos.
- ⊙ **O SÚPEREU (SUPERID)**, formado polas normas e valores que o individuo aprendeu do seu entorno.
- ⊙ **O EU (EGO)**, cuxo obxectivo é mediar entre eles e co entorno.

A psicopatoloxía enténdese como un conflito na interacción entre estas tres estruturas. O conflito xurdiría cando aparece una **pulsión** do "iso" (por exemplo, un impulso agresivo do niño cara a súa nai). O

Súpereu orixina un sentimento de culpa. E o Eu, mediante uns **mecanismos de defensa** (despraza o impulso agresivo cara a un obxecto), permite unha gratificación parcial do impulso (agride ao obxecto) e elimina o sentimento de culpa (porque non agride á nai).

As **tres técnicas** empregadas pola psicanálise son:



A asociación libre. O paciente informa ao analista dos seus pensamentos e os recordos que acoden á súa mente, independentemente de que sexan ou non triviais. Isto facilitará a aparición de recordos e desexos reprimidos e a súa aceptación consciente.



A análise e a interpretación dos soños. Freud referiuse aos soños como «o camiño real ao inconsciente». **Os impulsos e desexos reprimidos durante a vixilia maniféstanse no soño, aínda que en formas disfrazadas.**



A transferencia. Para Freud, a repetición da experiencia pasada, vivida emotivamente durante a análise, permite ao paciente transferir ao analista a hostilidade, o afecto ou a culpa que sentiu noutras épocas cara aos seus pais ou outras persoas significativas. Desta forma, o paciente descarga as tensións e o analista faralle comprender que eses sentimentos infantís xa non son apropiados na vida adulta.

FREUD E A PSICANÁLISE

Para Freud a vida psíquica ten dúas vertentes (ámbitos, campos, partes, segmentos):

- A consciente
- A inconsciente

A parte consciente é insignificante e pequena.

De feito, para el, O QUE UNHA PERSOA SABE SOBRE SI MESMA CASE CARECE DE IMPORTANCIA.

As forzas que moven as nosas accións están moitas veces **ocultas** (agochadas).

Estas forzas son os **IMPULSOS** e os **DESEXOS**.

Pero, debido a unha **REPRESIÓN** (ou **CENSURA**) da nosa conciencia **NON SE PODEN MANIFESTAR TAL E COMO SON.** ↪

Por que se produce esta **REPRESIÓN** ou **CENSURA DO EU, DA CONCIENCIA?** ↪ ↪

Porque se realizásemos os nosos desexos ou impulsos ⇒teríamos **SENTIMENTOS DE VERGOÑA** (**VERGONZA**), **DE CULPABILIDADE, DE ANGUSTIA** porque **IRÍAN CONTRA AS NORMAS CULTURAIS DA SOCIEDADE.**

De que impulsos se trata? ⇒ de **IMPULSOS SEXUAIS E AGRESIVOS**, tamén denominados **INSTINTOS ou PULSIÓNS** (digamos que son os impulsos, instintos que nos quedan da nosa “parte animal”).

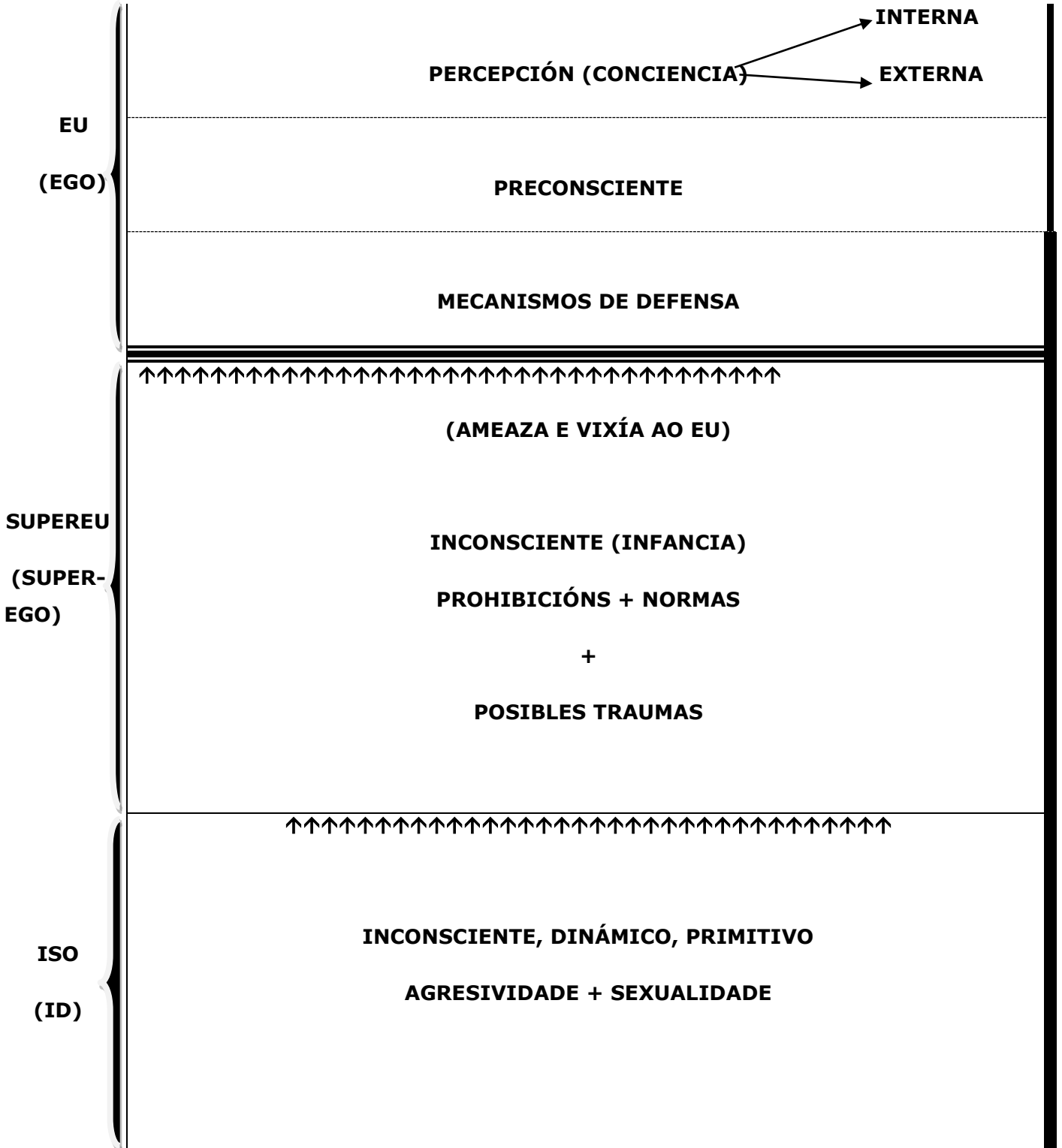
A partir destas conclusións, **FREUD EXPLÍCANOS COMO É A ESTRUTURA DA NOSA PERSONALIDADE.**

Vexámolo nun **esquema** que logo desenvolveremos brevemente:

ESQUEMA FREUD DA ESTRUTURA DA PERSONALIDADE

MUNDO EXTERIOR

oo



Significado barras derecha: **—————** = Parte Consciente

————— = Parte Inconsciente

BREVE DESENVOLVEMENTO DO ESQUEMA

⊙ **EU (EGO)**: Nel atopamos:

Elementos conscientes ⇒ O que Freud chama "Mundo da Conciencia Individual".

Entre estes elementos están a percepción externa e interna, que son procesos intelectuais.

Elementos preconscious ⇒ Serían as lembranzas ou recordos **non reprimidos** e tamén as **aprendizaxes** que imos obtendo.

O EU ESTÁ REXIDO (DIRIXIDO) POLO PRINCIPIO DE REALIDADE: "Éche o que hai". É dicir, **a vida é como é**.

Elementos inconscientes ⇒ Serían os **MECANISMOS DE DEFENSA**.

⊙ **SUPEREU (SUPEREGO)**: Freud afirma que é o "Herdeiro do complexo de Edipo".

Os nenos/as son primitivamente **AMORAIS** (SÓ TEÑEN O ISO, O ID, AÍNDA NON REPRIMIDO). PERO, NA **INFANCIA** COMEZAN A PERCIBIR AS PROHIBICIÓNS FAMILIARES E SOCIAIS E **AS INTERIORIZAN INCONSCIENTEMENTE**.

TAMÉN INTERIORIZAN E "AGOCHAN" TODOS OS POSIBLES **TRAUMAS INFANTÍS**.

Todas estas prohibicións AMEAZAN E VIXÍAN AO EU (e poden saír "camufladas" nos nosos soños).i

⊙ **ISO (ID)**: É a **capa primitiva máis profunda**. Está rexida (dirixida) polo **PRINCIPIO DO PRACER**. Freud pensa que é a **capa das PULSIÓNS (INSTINTOS) INNATAS REPRIMIDAS**.

Estas pulsións ou instintos, son basicamente de dous tipos: ↘ AGRESIVAS E ↘ SEXUAIS.

Sería a parte onde están os nosos impulsos biolóxicos anteriores á conciencia (impulsos "animais") e tamén desexos e recordos reprimidos que tentan subir á capa do super-eu.

Por outra banda, nos últimos anos da súa obra **Freud** chega á conclusión de que **só hai DOUS INSTINTOS FUNDAMENTAIS**: ↘ **EROS: PRINCIPIO DE PRACER, DE VIDA**. Con el desenvólvese a nosa **LIBIDO**, que sería a **enerxía sexual liberada polo eros**; ↘ **TÁNATOS: PRINCIPIO DE MORTE**. **Agresivo, autodestructor**. Nel estarían as nosas **tendencias masoquistas, negativas...**

A INTERPRETACIÓN DOS SOÑOS

Segundo **Freud**, os impulsos e desexos reprimidos do inconsciente (que están no **iso**, e sobre todo, no **superego**) exercen unha presión constante para saír ao campo (ámbito) da conciencia, e LOITAN permanentemente coa CENSURA, feita basicamente cos denominados **mecanismos de defensa** do **eu**.

Estes impulsos e desexos reprimidos MANIFÉSTANSE DURANTE O SOÑO, xa que entón A NOSA CENSURA ESTÁ RELAXADA. Pero, a censura, a nosa "protectora", **NUNCA DESAPARECE DE TODO**, e entón **só permite a representación dos impulsos e desexos inconscientes DE FORMA DISFRAZADA**.

Por iso, **FREUD PENSABA QUE OS SOÑOS (SOBRE TODO SE SON RECORRENTES) ERAN A "REALIZACIÓN ENMASCARADA" DOS IMPULSOS E DESEXOS REPRIMIDOS**.

Nun soño calquera que queiramos analizar hai que distinguir entre:

↘ **CONTIDO MANIFESTO** ⇒ Relato literal do soño (Contar o que soñaches)

↘ **CONTIDO LATENTE** ⇒ Revela ("descubre") o **auténtico significado do soñado**.

O TRATAMENTO PSICOTERAPÉUTICO PSICANALÍTICO

A partir do estudo e desenvolvemento das ideas que temos visto sobre a estrutura da personalidade e a interpretación dos soños, FREUD ELABORA UN TRATAMENTO PSICOTERAPÉUTICO PARA CURAR AOS SEUS PACIENTES.

A BASE do tratamento é **BUSCAR A CAUSA DA ENFERMIDADE**. Freud pensa que case que sempre HAI QUE BUSCALA NO INCONSCIENTE, máis en concreto, NOS TRAUMAS DO INCONSCIENTE.

Cando o psicanalista comeza a buscar eses traumas atopamos unha **RESISTENCIA** POR PARTE DO PACIENTE canto máis se achegue a eles.

Un psicanalista, en termos xerais, traballa coa denominada **"ASOCIACIÓN LIBRE"** (**DEIXAR FALAR AO PACIENTE (o famoso "diván") e fixarse (anotar, etc...) en todo aquilo que di, que non di, cómo o di, na verdade ou falsidade do que di (baseándose na información sobre os trazos fundamentais da vida persoal do paciente que vai coñecendo a través da familia, amigos, outros médicos previos...), para ir SACANDO CONCLUSIÓNS AO TEMPO QUE SE VAI MERGULLANDO NA VIDA E NA MENTE DO PACIENTE EN CADA SESIÓN NA QUE O ESCOITA**).

Tamén poderá utilizar a **INTERPRETACIÓN DOS SOÑOS** (se é que os hai e son **recorrentes** ou de especial interese) para chegar aos fenómenos reprimidos.

CONTINUADORES DE FREUD

JUNG: Desenvolve o complexo de Electra. Analiza o que el chama "INCONSCIENTE COLECTIVO". Fronte a Freud, pensa que **a libido non ten por que ter sempre carácter sexual**. Distingue dous grandes tipos de personalidades: ↪ AQUELAS NAS QUE PREDOMINA A INTROVERSIÓN: INTROVERTIDOS/AS; ↪ AQUELAS NAS QUE PREDOMINA A EXTROVERSIÓN: EXTROVERTIDOS/AS.

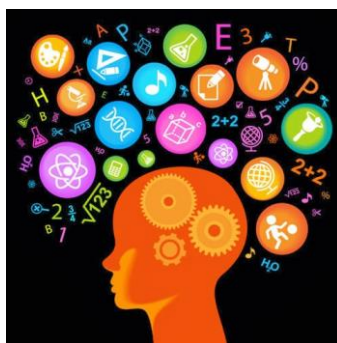
A. ADLER: Fala de dous tipos de personalidades: ↪ as que teñen COMPLEXO DE SUPERIORIDADE e ↪ as que teñen COMPLEXO DE INFERIORIDADE

KAREN HORNEY: Clasifica tres tipos de personalidade: ↪ TIPO SUBMISO; ↪ TIPO AGRESIVO; ↪ TIPO DESPRENDIDO ("pasota")

ERICH FROMM: Mestura MARX + FREUD

E. K. ERIKSON: Afirmar que **o desenvolvemento psíquico persoal non se frea aos 20 anos como era típico pensar. De feito, nunca se frea.**

LACAN: Actualiza a **psicloxía** mesturándoa con influencias da **filosofía, matemáticas, etc...**



TEXTO

«Da mesma maneira que non se pode avaliar o volume dun iceberg polo fragmento que emerxe da superficie (a súa verdadeira masa queda oculta debaixo da auga), así tamén se engana aquel que cre que só os nosos pensamentos e enerxías conscientes, determinan os nosos actos e os nosos sentimentos. A nosa vida non flota libremente no elemento do racional, senón que se atopa baixo a constante presión do inconsciente, cada instante da nosa vida diaria é arrastrado polas olas dun pasado esquecido.

O noso mundo superior non pertence á vontade consciente e á razón metódica na medida en que nos imaxinamos, senón que das escuras nubes do inconsciente saltan como chispas as decisións importantes, e das profundidades do mundo dos instintos nacen os terremotos que sacoden o noso destino.»

S. Zweig: *La curación por el espíritu* (Mesmer, Mary Baker-Eddy, Freud), Acantilado, 2015, pp. 357-363.

3.3.4. TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL

A terapia cognitivo-condutual trata de manter, cambiar ou suprimir unha conduta. ABORDA PROBLEMAS CONDUTUAIS E NON «ENFERMIDADES MENTAIS», O QUE SUPÓN UNHA ACTITUDE COMPLETAMENTE DIFERENTE ANTE OS PROBLEMAS PSICOLÓXICOS.

Un individuo sen deterioro orgánico non é un «paciente» e, por tanto, non necesita curarse. Quen acude en busca de axuda é visto como un cliente, unha persoa que manifesta una conduta desadaptada, caracterizada ben por déficit o ben por exceso de características presentes nunha conduta normal.

Os terapeutas non emiten xuízos morais sobre as condutas problemáticas do individuo. **Preocúpense de problemas de aprendizaxe e/ou cognitivos, da falta de habilidades emocionais ou sociais e ensinan como afrontar os problemas da vida.**

Estes terapeutas axudan aos seus clientes a liberarse facéndolles ver que as súas crenzas e percepcións son construcións da «realidade», non revelacións de verdades absolutas. **Rompernos unha perna é un feito que non podemos cambiar, pero si podemos cambiar a forma de pensar na perna rota: é un terrible accidente ou unha oportunidade para escoitar a música, ver as películas ou ler os libros que nos gustan?**

TEXTO

«A terapia cognitivo-condutual (TCC) ensina a arte de ser consciente dun mesmo. Nunca me sometín á TCC, pero aprendín dela algunhas leccións. Se un descubre pensando que ninguén poderá amalo xamais e que a vida carece de sentido, pode acomodar a mente e obrigarse a recordar momentos ou épocas mellores.

É difícil loitar coa propia conciencia, porque non existe ningún outro instrumento na batalla que a conciencia mesma. Simplemente debemos ter pensamentos agradables e maravillosos, que alivien a dor; debemos obrigarnos a pensar cousas que non temos ganas de pensar; pode que sexa unha falacia que nos leve a enganarnos en certo modo, pero funciona. Debemos apartar da nosa mente ás persoas asociadas coa perda, prohibirlles o acceso á nosa conciencia: a nai que se foi, o amante cruel, o amigo desleal.»

Andrew Solomon: *El demonio de la depresión*, Barcelona, Debate, 2015, p. 123.

- 1.- Os trastornos psicolóxicos teñen unha distorsión do pensamento que inflúe no estado de ánimo e na conduta?
- 2.- Un terapeuta debe revisar o sistema de crenzas da persoa e cambiar aquelas que non sexan válidas?

Características	Fases	Técnicas
<ul style="list-style-type: none"> Tanto a conduta normal como «anormal» adquirense segundo as leis da aprendizaxe e existe unha continuidade entre elas. A conduta «patolóxica» é considerada unha resposta inadecuada a unha situación concreta. A modificación de conduta implica buscar as causas dos conflitos do individuo, non ao culpable. Na análise dunha conduta problemática importan máis os motivos actuais que os seus antecedentes afastados. A actuación terapéutica céntrase no «aquí» e o «agora». A terapia cognitivo-condutual estuda a adquisición, consolidación e extinción da conduta e dos procesos cognitivos. Para levar a cabo esta tarefa, o terapeuta utiliza entrevistas, autorrexistros, cuestionarios, rexistros psicofisiolóxicos e a observación condutual. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliación detallada da conduta problemática. Cando se ten seleccionado a conduta que se desexa modificar, detallar as variables que a manteñen e delimitar os obxectivos da terapia. Tratamento dirixido á modificación da conduta problemática mediante diversas técnicas. Valoración dos resultados obtidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Modelado. Da mesma forma que aprendemos condutas ou habilidades complexas, como conducir un coche, as persoas tamén aprenden a aceptar estímulos temidos e manexar situacións ansióxicas, como voar en avión ou falar en público. Esta técnica é moi útil no tratamento de fobias e obsesións. Adestramento asertivo. A finalidade desta técnica é superar a ansiedade ante situacións interpersoais ou sociais. Asertividade e ansiedade son respostas incompatibles; non é igual ser tímido que asertivo. Se unha persoa non defende os seus pensamentos e sentimentos nas situacións sociais, nunca vencerá a timidez. Nas sesións terapéuticas, individuais ou en grupo, a persoa pouco asertiva pode aprender, a través de ensaios de conduta, novas formas de pensar e comportarse que logo pode aplicar no seu contexto social.

Terapia cognitivo-condutual.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ALBERT ELLIS

Segundo o psicólogo George Kelly, cada individuo elabora unha teoría ou mapa para describir a realidade e situarse no mundo. As crenzas e ideas constitúen un factor de estabilidade, pero fallan con frecuencia, porque a realidade cambia e só podemos defendernos de crenzas dogmáticas mediante o coñecemento racional. Agora ben, que motivos ou razóns temos para crer nalgo? Como sabemos que as nosas crenzas son verdadeiras ou falsas? Estas preguntas requiren unha xustificación racional das nosas crenzas.

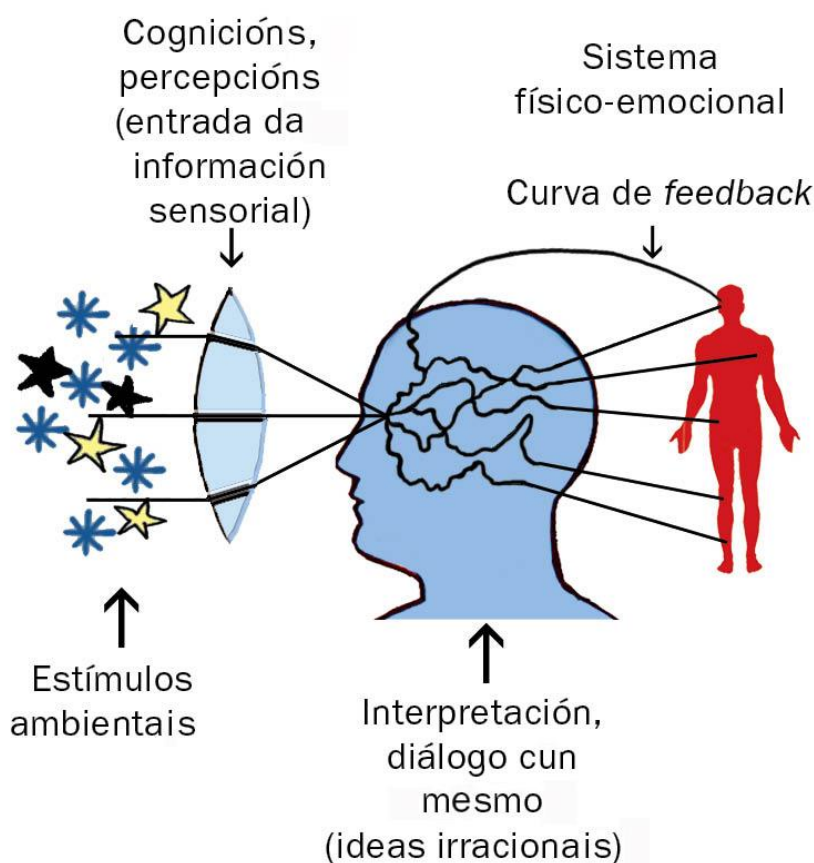
As crenzas son ilusións útiles que nos permiten manexar as nosas experiencias, pero una tarefa esencial dos/das adolescentes é adquirir un sistema mental racional e aberto, non baseado en crenzas e pechado. A instalación racional no mundo supón permanecer nun equilibrio inestable, que moitos interpretan como un signo de debilidade, cando precisamente aí radica a súa fortaleza.

O psicólogo Albert Ellis sinala que hai modos inadaptados de construír o mundo, e as crenzas irracionais que os manteñen son a causa dos sufrimentos de moitas persoas. Ellis creou a terapia racional-emotiva

(TRE) en 1962 e o seu obxectivo era axudar ás persoas a pensar de forma máis racional e abandonar pensamentos e crenzas absurdos. As crenzas irracionais son as que conducen a pensamentos e sentimentos autoderrotistas. En cambio, un pensamento racional non é absolutista ou totalitario, senón coherente e verificable; produce emocións moderadas e axúdanos a conseguir os nosos obxectivos. As ideas e crenzas irracionais teñen estas características:

- Producen emocións negativas intensas e duradeiras.
- Esaxeran as consecuencias negativas dun feito ou acontecemento. Son pensamentos acompañados de palabras como «horrible», «espantoso» ou «insoportable».
- Reflicten obrigacións e demandas non realistas sobre un mesmo e os demais.
- Son absolutistas e van acompañadas de palabras como *todo* («Todos son uns corruptos», *nada* («Nada ten sentido») ou *nunca* («Nunca cambiará este país»).

A	B	C
Acontecementos activadores	Crenzas e pensamentos sobre A	Consecuencias emocionais e condutuais



Feitos, cognicións e emocións.

Ellis expoñía o sistema A-B-C para demostrarlle ás persoas que non son os feitos e acontecementos das súas vidas (A) os que determinan as consecuencias emocionais (C), senón que estas derivan dos seus pensamentos e crenzas sobre os feitos (B). Ensinaba a cuestionar e debater as crenzas irracionais para adquirir novas ideas que permitiran a cada persoa manexar o seu entorno social.

3.3.5. TERAPIA FAMILIAR

A terapia sistémica xurdiu cos traballos da escola de Palo Alto (California), encabezada por **Gregory Bateson, Jean Weakland e Paul Watzlawick**. ESTE MODELO TERAPÉUTICO NON CONSIDERA AO INDIVIDUO UN SER ILLADO, SENÓN EN RELACIÓN COS DEMAIS. Aínda que todas as persoas pertencen a diversos grupos, **a terapia sistémica estuda** ao grupo máis coñecido, **a familia**, e trátao como un todo, observa como interactúan os seus membros e examina os seus patróns inhibidores ou destrutivos.

Os sistemas autorregúlanse por mecanismos de retroalimentación (*feedback*), grazas aos cales manteñen os seus parámetros básicos de funcionamento. Os terapeutas familiares distinguen entre un sistema aberto e un sistema pechado. As características dun **sistema aberto** son:

- ☺ **Mantén frecuentes cambios co seu entorno.**
- ☺ **Pode alcanzar un novo estado independente das condicións iniciais.**
- ☺ **Tende a mostrar unha «vontade propia».**

En cambio, as características dun **sistema pechado** son:

- ☹ **Non mantén ningún tipo de intercambio co entorno.**
- ☹ **Aumenta a entropía no seu seno, é dicir, hai un empobrecemento enerxético e, por tanto, unha perda constante de calidade.**

A familia é unha unidade social e a psicoterapia debe permitir a todos os seus membros encontrar un modo de funcionamento satisfactorio. O sistema familiar debe ser observado nas accións e reaccións de cada membro da familia con respecto aos outros. **Pásase dunha descrición da natureza dun suxeito a unha descrición das relacións familiares.**

A FORMA EN QUE OS MEMBROS DUNHA FAMILIA SE ENFRONTAN OU ELUDEN OS PROBLEMAS, A HONESTIDADE OU HOSTILIDADE EN QUE BASEAN AS SÚAS RELACIÓNS FAMILIARES SON DE GRAN IMPORTANCIA DURANTE A TERAPIA.

A terapia familiar analiza as diferentes etapas do ciclo vital: a independencia da familia orixinaria, como se forma una parella estable, familias con fillos adolescentes, a independencia dos fillos, a etapa da xubilación, etc. Cada fase ten as súas regras e cada membro da familia ten que adaptarse e crear novas pautas de relación. **ISTO NON SIGNIFICA QUE A TERAPIA FAMILIAR TEÑA COMO MISIÓN**

MANTER UNHA FAMILIA A TODA COSTA, SENÓN QUE PODE SER DE GRAN AXUDA EN PROCESOS DE SEPARACIÓN, DIVORCIO, CONFLITOS, ETC.



Texto 2. Terapia familiar

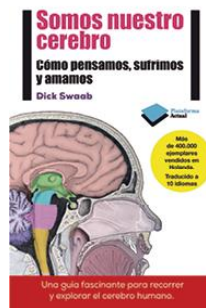
«Por conseguinte, a “herexía” é o paso dos sistemas teóricos pechados “aos sistemas teóricos abertos”, do concepto de “verdade científica” ao de “probabilidade”; da “causalidade lineal” determinista á “causalidade circular” elástica; da “ortodoxia” á “dúbida metódica”. Noutras palabras, ao noso parecer, pásase da actitude fideísta do crente á actitude desenganada do investigador, na convicción de que o criterio fundamental de validez e verificación dun modelo terapéutico non será a “súa arquitectura teórica”, ou a “profundidade” das análises que manifesta, senón o seu valor heurístico e a súa capacidade de intervención real, medidos en termos de eficacia e eficiencia na resolución dos problemas aos que se aplica.»

Giorgio Nardone e Paul Watzlawick: *El arte del cambio*, Barcelona, Herder, 2009, p. 36.

- 1.- A terapia sistémica considera a patoloxía como un problema do individuo ou un problema na relación familiar?
- 2.- Que diferencias existen entre o crente e o investigador escéptico?
- 3.- A validez dun modelo terapéutico depende da súa arquitectura teórica ou da súa eficacia na resolución de problemas?

PENSAMENTO CRÍTICO

Un libro



Dick Swaab: *Somos nuestro cerebro*, Barcelona, Plataforma, 2014. O profesor Dick F. Swaab, profesor emérito de Neurobioloxía da Universidade de Ámsterdam, estrutura a obra seguindo o desenvolvemento do cerebro desde o feto á vellez. O autor aborda temas como o desenvolvemento do individuo, as emocións, adiccións, agresividade, autismo e esquizofrenia, Alzheimer, memoria, trastornos do sono, etc. Ademais o profesor Swaab explica no seu libro as funcións cognitivas e os tratamentos dalgúns trastornos psicolóxicos.

Unha película



Martin Scorsese: *Shutter Island*. EE. UU., 2010. Duración: 138 min. Martin Scorsese trasládanos aos anos cincuenta, marcados pola Segunda Guerra Mundial, Hiroshima e os campos de exterminio. Teddy Daniels, que estivo na guerra en Europa, é o home ferido polos efectos da barbarie, vaise perdendo cada vez máis, incapaz de fiarse de ninguén, e ademais quere esquecer os seus propios traumas converténdose en preso dos seus delirios. Os cadáveres de Auschwitz, Normandía e Hiroshima non cesan de gravitar entre os acantilados de Shutter Island.

EN INTERNET

<https://www.youtube.com/watch?v=uE1PmICIoAw>

<https://www.youtube.com/watch?v=kcF2uphtydo&t=305s>

Redes. N.º 388 (15-9-2013). Eduardo Punset. «La gran amenaza. La depresión». Duración: 52 min.

A idea que o sufrimento é necesario para a creatividade, a súa relación coa moral, a súa profundidade... orixinaron unha idea romántica da depresión. Que tería pasado se existise un antidepresivo na época de Van Gogh? Tería sido un pintor tan bo?

ACTIVIDADE COMPETENCIAL

Michel Houellebecq: *Ampliación del campo de batalla*, Madrid, Anagrama, 2015, 174 pp.

M. Houellebecq narra en *Ampliación del campo de batalla* a experiencia dun xove de 30 anos, programador dunha empresa de servizos informáticos, cun gran poder adquisitivo e bo status social, pero recén saído dunha relación sentimental destrutiva. O protagonista empeza a traballar como asesor técnico para o Ministerio de Agricultura visitando media Francia, pero cae nunha profunda depresión existencial.

Nun mundo no que o éxito se mide por dous baremos: o diñeiro e o atractivo erótico, o xove informático ten as de perder. Sen ningún tipo de relación afectiva, déixase levar polo fastío e a indiferenza.

- 1.- Por que Houellebecq critica á sociedade informatizada e á publicidade?
- 2.- Analiza a conduta destes personaxes da novela: Jean-Ives Fréhaut, Véronique, Raphael Tisserand.
- 3.- Que causas orixinan a depresión do protagonista informático? Como é o seu encontro co psiquiatra Népote e a psicóloga do centro de saúde?
- 4.- Nunha sociedade urbana con tantos desenvolvementos técnicos, a atomización das relacións humanas aumenta a agresión e a violencia?
- 5.- Realiza unha valoración crítica da novela.

TEXTO 3. IDEAS IRRACIONAIS

- «1. Para un adulto, é absolutamente necesario ser amado e aprobado por cada persoa significativa da súa comunidade.
2. Debo ser infaliblemente competente e perfecto en calquera actividade que emprenda.
3. As persoas que non actúan como «deberían» son viles, malvadas e infames e terían que ser castigadas pola súa maldade.
4. É terrible e catastrófico que as cousas non funcionen como a un lle gustaría.
5. Os eventos externos causan gran parte da infelicidade humana e sinto medo e ansiedade ante cousas descoñecidas, incertas ou perigosas.
6. É máis fácil evitar que afrontar certas dificultades e responsabilidades na vida.
7. Se algo me parece perigoso ou ameazante, debo preocuparme e perturbarme por iso.
8. O meu pasado é importante e sigue determinando os meus sentimentos e condutas presentes.
9. Debo depender dos demais e necesito a alguén máis forte en quen confiar.
10. A felicidade aumenta coa inactividade, a pasividade e o ocio, «desfrutando de min mesmo» e sen comprometerme.
11. A cualificación global que me dou a min mesmo como humano depende da perfección das miñas accións e da aprobación dos demais.»

Albert Ellis: *Razón y emoción en psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2009.

- 1.- Segundo A. Ellis, a causa dos trastornos é a forma de pensar do individuo?
- 2.- Cando as crenzas se converten en irracionais?
- 3.- Cal é a función do terapeuta?

COÑECER A LINGUAXE DA PSICOPATOLOXÍA

1.- Relaciona os síntomas e desordes psicolóxicos cos termos correspondentes (por orde alfabética):

a) Abulia	1. Dúbdidas e sospeitas patolóxicas respecto á fidelidade do compañeiro/a sexual.
b) Alexitimia.	2. Necesidade de infrinxir dano a outra persoa para excitarse sexualmente.
c) Alucinación.	3. Prodúcese en ausencia dun estímulo apropiado á experiencia que a persoa ten.
d) Amnesia retrógada.	4. Trastorno dexenerativo do cerebro que produce déficits cognitivos, motores e sociais, e tamén cambios na personalidade do suxeito.
e) Anorexia nerviosa.	5. Condutas e fantasías que implican a actividade sexual dun adulto cun neno.
f) Ansiedade.	6. Mexarse na cama.
g) Autismo infantil.	7. Necesidade imperiosa de chamar a atención e dominar a situación. Quen a padece é egocéntrico, suxestionable e dependente, vai de sedutor pola vida e sente temor á sexualidade, aínda que aparente o contrario.
h) Bulimia.	8. Exaxerada valoración da importancia, o poder, o coñecemento ou a identidade persoais.
i) Celopatía.	9. Incapacidade para recordar o pasado.
j) Delirio de culpa.	10. Necesidade de consumir grandes cantidades de comida. A persoa vese invadida por sentimentos de culpa e mitiga os efectos producíndose vómitos.
k) Delirio de grandeza.	11. O paciente séntese culpable e responsable de todo tipo de miserias.
l) Delirium tremens.	12. Aparece en alcohólicos durante o síndrome de abstinencia. Caracterízase por axitación motora, desorientación, medo intenso, alucinacións.
m) Depresión.	13. Dificultade para describir e comunicar verbalmente as experiencias emocionais.
n) Dislexia.	14. Estado emocional caracterizado por reaccións de medo e aprensión anticipatoria de perigo ou ameaza, acompañados de activación do sistema nervioso autónomo.
o) Demencia.	15. Ideas, pensamentos ou imaxes, persistentes e absurdos, non vividos como voluntarios, senón como ideas que invaden a conciencia.
p) Enurese.	16. Rexeitamento contundente a manter o peso corporal por riba do valor mínimo normal. Medo intenso a gañar peso ou engordar.
q) Esquizofrenia.	17. Medo a padecer unha enfermidade grave por interpretar incorrectamente certos signos corporais (vultos, dor).
r) Hipocondría.	18. Trastorno afectivo caracterizado por tristeza, pranto, perda de enerxía, desilusión, desánimo, sentimentos de desvalorización e alteracións do sono e do desexo sexual.
s) Histriónico/a.	19. Carencia de motivación que se pode expresar como incapacidade para tomar decisións.
t) Ludópata.	20. Trastorno que se caracteriza por enganos ilusorios (delirios de grandeza) e por ideas de persecución imaxinarias.
u) Obsesións.	21. Individuo incapaz de experimentar ansiedade ou sentimentos de remordemento e/ou culpa.
v) Paidofilia.	22. Caracterízase por estar pechado en si mesmo, preservar a invariabilidade do medio, por patróns de conduta repetitivos e estereotipados, e condutas autolesivas.
w) Paranoia.	23. Dificultade na aprendizaxe da lingua en nenos maiores de sete anos sen deficiencias sensoriais ou lesións neurolóxicas.
x) Psicópata.	24. Individuo adicto ao xogo patolóxico.
y) Sadismo.	25. Alteración do pensamento caracterizada por unha deformación completa da realidade: ideas delirantes, despersonalización, alucinacións sen base sensorial, ambivalencia afectiva, repetición sen sentido de certos movementos, etc.

Manuel Seixas – Setembro 2019. Compilación de material propio + Libro texto: "Psicología" 2º Bacharelato, José Ignacio Alonso García, Ed. McGrawHill, 2016 + Compilación de material na rede. Tradución: Manuel Seixas. Revisión e reformulación Carlos Gómez. Decembro 2020