

Psicopatologia clínica

P08/10521/02589



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció	5
1. Trastorns psicòtics	9
1.1. Esquizofrènia	10
1.2. Trastorn delirant (paranoia)	12
2. Trastorns de l'estat d'ànim	15
2.1. Trastorns depressius	17
2.2. Trastorns bipolars	19
3. Trastorns d'ansietat	23
3.1. Crisi d'angoixa i trastorn d'ansietat generalitzada	24
3.2. Fòbies	26
3.3. Trastorn obsessivocompulsiu	29
4. Histèria	31
5. Trastorns de la personalitat	35
6. Trastorns de la sexualitat	38
7. Trastorns de l'alimentació	41
Bibliografia	45

Introducció

En aquest mòdul s'aborda l'estudi dels principals trastorns mentals. Els apartats s'han estructurat segons un enfocament descriptiu, seguint les directrius actuals del DSM i de la CIE.

Abans de donar pautes d'ajuda per a l'estudi de cadascun dels diferents apartats, heu de saber que, *grosso modo*, trobareu en el material d'estudi diversos tipus d'informació en relació amb un trastorn mental:

Epidemiologia

A grans trets, l'epidemiologia és la disciplina que estudia les taxes de prevalença i d'incidència dels diversos trastorns, i també s'encarrega de l'estudi de les variables –edat, sexe, trets de personalitat, etc.– que s'associen més freqüentment a una psicopatologia (els anomenats *factors de risc*).

La prevalença recull el nombre de casos existents en una comunitat afectats per un trastorn, mentre que la incidència fa referència al nombre de casos nous. A més, aquestes dues taxes es poden calcular en relació amb diversos universos: població general, població psiquiàtrica, població que acudeix al metge de capçalera, població que acudeix a urgències generals, etc. En el material d'estudi, sempre que no s'especifiqui una altra cosa, s'informa de taxes en població general.

Els factors de risc no són factors casuals, senzillament serien factors que farien augmentar les probabilitats o el risc de presentar un determinat trastorn.

Exemple

Ser nen és un factor de risc per a l'autisme ja que hi ha el triple de nens amb autisme que de nenes. En canvi, ser noia o viure en una cultura occidental són factors de risc per a l'anorèxia nerviosa, encara que seran altres les causes que finalment provocaran aquest trastorn (si no, totes les noies de la nostra societat patirien anorèxia).

Classificació

Cadascun dels diversos trastorns mentals (fòbia, esquizofrènia, trastorn límit de la personalitat...) s'ubica en un grup més ampli de trastorns (psicòtics, de l'estat d'ànim, de la personalitat, etc.), amb els quals comparteix unes característiques comunes.

En la taula 1 se us presenten els diversos grups de trastorns i s'especifiquen quins trastorns treballareu des de l'assignatura.

Aspectes clínics

Recullen essencialment la simptomatologia que defineix el trastorn i altres característiques.

Curs i el pronòstic

Cada trastorn psicopatològic es caracteritza, juntament amb la simptomatologia clínica que el defineix, per un curs i un pronòstic.

El curs fa referència a l'evolució probable que seguirà un trastorn al llarg del temps. El curs pot ser fàsic (amb períodes de remissió de la simptomatologia, en què la persona torna al nivell premòrbid de funcionament) o crònic (en aquest cas, la simptomatologia perdura més enllà de dos anys, o bé no hi ha una recuperació total entre els episodis aguts com en el curs fàsic, i sovint s'observa un deteriorament cognitiu i/o social entre crisi i crisi).

Molt lligat al curs, hi ha el pronòstic: en funció del curs probable que seguirà el trastorn, podem anticipar fins a cert punt què passarà en un futur (per exemple, probabilitats de repetir-se una crisi).

Per a formular un pronòstic, a més de tenir en compte el curs característic del trastorn, cal considerar quina és la situació concreta de la persona (grau de suport social, ajustament premòrbid, etc.). El pronòstic és molt important per a l'orientació i per a planificar la intervenció.

Etiopatogènia

En aquest apartat s'aborda la qüestió de causes i factors implicats en la gènesi de la psicopatologia. La conducta humana, tant si és normal com si és anormal, és d'una gran diversitat i complexitat; un mateix fenomen pot ser interpretat des de diversos punts de vista. Això fa que hi hagi diversitat de models teòrics que interpreten i proposen pautes d'intervenció diferents. Cada model aporta coneixements valuosos sobre la conducta anormal, però cap d'ells per si sol no pot abastar tota la complexitat de la psicopatologia o, en general, de la conducta humana. Si una cosa defineix la conducta, normal o patològica, és la multicausalitat. De moment, el desenvolupament teòric actual no ha fet possible d'integrar les diverses aportacions de cada model en un d'únic.

Per a cada trastorn, trobareu les propostes etiològiques que s'han formulat des de models biològic, conductista, cognitiu i psicodinàmic, essencialment, a banda dels factors socials.

Diagnòstic diferencial

Tot i que els principals sistemes de classificació adopten un enfocament categorial, els diferents trastorns psicopatològics "comparteixen" símptomes.

El diagnòstic diferencial ens aporta pautes per a saber distingir les manifestacions d'un trastorn d'altres trastorns semblants.

Exemple

L'esquizofrènia i el trastorn depressiu major de tipus psicòtic tenen en comú la presència de deliris. A través del procés diagnòstic, el clínic ha d'esbrinar quines altres manifestacions acompanyen el deliri per a fer, finalment, un diagnòstic d'esquizofrènia o de trastorn depressiu major.

Així, doncs, per a cada trastorn es fa una llista dels trastorns orgànics o psicopatològics amb els quals cal fer el diagnòstic diferencial.

Taula 1. Classificació dels trastorns mentals

Trastorns psicòtics	Esquizofrènia Trastorn delirant (paranoia)
Trastorns de l'estat d'ànim	Trastorn depressiu major Trastorns bipolars Depressions somatògenes Depressions cròniques Depressions atípiques Trastorn afectiu estacional
Trastorns d'ansietat	Crisi d'angoixa Trastorn per ansietat generalitzada Agorafòbia Fòbia social Fòbia específica Trastorn obsessivocompulsiu
Histèria	Trastorn de somatització (síndrome de Briquet) Trastorn de conversió Trastorns dissociatius
Trastorns de la personalitat	Trastorn paranoide de la personalitat Trastorn esquizoide de la personalitat Trastorn esquizotípic de la personalitat Trastorn antisocial de la personalitat Trastorn límit de la personalitat Trastorn histriònic de la personalitat Trastorn narcisista de la personalitat Trastorn de la personalitat per evitació Trastorn de la personalitat per dependència Trastorn obsessivocompulsiu de la personalitat

Trastorns de la sexualitat	Trastorns de la identitat sexual Desig sexual hipoactiu Trastorn per aversió al sexe Trastorn de l'excitació sexual en la dona Trastorn de l'erecció en l'home Trastorn orgàstic femení Trastorn orgàstic masculí Ejaculació precoç Disparèunia Vaginisme Exhibicionisme Fetitxisme Frotteurisme Pedofília Masoquisme sexual Sadisme sexual Fetitxisme transvestista Voyeurisme
Trastorns d'alimentació	Rebuig alimentari Anorèxia nerviosa Potomania Bulímia nerviosa Trastorn per afartament Obesitat Pica o al·lotriofàgia Mericisme o ruminació

1. Trastorns psicòtics

Cas clínic

[...] Tot va començar en unes vacances que vaig passar amb els meus tiets, que van ser molt durs amb mi, en què vaig començar a madurar i a sentir-me collonut, no sense patiment, ja que més d'un cop plorava per la increïble pressió que aguantava, el canvi que sobtadament va néixer dintre meu un geni increïble (rebel·lió, mala llet), que va esdevenir-se una nit en la qual em van succeir unes experiències molt fortes, ja que després d'una sessió d'espiritisme, a la qual em van obligar a assistir, contra el que jo creia, em vaig sentir enormement enfortit i segur de mi mateix, aleshores me'n vaig anar a dormir tranquil·lament i després de cop em van començar a passar coses raríssimes, jo creia que eren els meus tiets, però els meus tiets estaven dormint a la tenda del costat i intentaven calmar-me però jo em vaig posar histèric dient "cabrons, pareu ja!", i coses així, ja que em feien cops amb els peus i em tocaven la tenda amb els dits, és clar, jo em vaig espantar i vaig pensar (com que em sentia tan fort) que els esperits no podien ser, que de segur que eren els meus tiets, però l'histerisme va venir quan vaig treure el cap fora i no vaig veure ningú al voltant de la tenda, aleshores sí que vaig patir com mai una por i notava una presència en la tenda que se m'enganxava a la cara i em donava bufetades, i notava com si es burlés de mi, al final, em sentia tan fort que no va poder amb mi i abans de tornar-me boig vaig necessitar totes les meves forces, però vaig aconseguir adormir-me, després dels nervis que tenia i la por.

L'endemà, jo intentava trobar una explicació lògica a tot això, però no tenia cap explicació ja que el meu tiet em va assegurar que no va ser ell ni cap dels que eren allí els que m'havien fet això; però el que va fer va ser fer-me un gest despectiu rient-se de mi, després del patiment que vaig tenir [...]. Jo en tornar de vacances era una altra persona completament canviada, era més intel·ligent, entenia moltes més coses, fins i tot va canviar el meu gust musical de la música "pija" de Los 40 Principales a altres de molt més sentimentals [...]. Però quan va passar el temps vaig començar a notar una cosa dintre els meus músculs i la força variava de tant en tant juntament amb la personalitat, però ho podia controlar més o menys. Encara que la cosa va començar a posar-se molt malament [...], així que vaig començar a fer esport de nou, però aquesta vegada no feia efecte i em quedava com un vegetal i ni dormia ni menjava ni sentia dolor en cremar-me, bé, moltes coses... (Pres de Freixas, 1997).

Activitat

Quins símptomes s'aprecien en el text anterior? Hi ha consciència de trastorn? De quin tipus d'esquizofrènia podria tractar-se? Para atenció a l'èmfasi del narrador (un noi de setze anys que explica el seu primer episodi esquizofrènic) per transmetre les seves sensacions d'estranyesa, de "no entendre" el que li succeeix.

Els **trastorns psicòtics**, tradicionalment, s'han anomenat *psicosis*. Amb aquest terme s'engloben diversos trastorns que comparteixen uns trets diferencials.

Per tant, **psicosi** no és cap trastorn concret sinó que és una síndrome, una síndrome caracteritzada per pèrdua de contacte amb la realitat, greus dificultats de comunicació, manca de consciència de trastorn, presència de greus trastorns de conducta i deteriorament de la qualitat de vida.

Aquesta síndrome (és a dir, aquest conjunt de símptomes) és present en diversos trastorns: l'esquizofrènia, la paranoia, etc. A aquest conjunt de trastorns que tenen en comú aquesta síndrome s'anomenen *trastorns psicòtics*. En la tau-

la 2 teniu apuntats els trastorns psicòtics especificats en la CIE-10 (recollits sota el nom Esquizofrènia, trastorn esquizotípic i trastorns d'idees delirants) i en el DSM-IV-TR (que formen el grup Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics).

Taula 2. Trastorns psicòtics especificats en la CIE-1 i en el DSM-IV-TR

CIE-10: Esquizofrènia, trastorn esquizotípic i trastorns d'idees delirants	DSM-IV-TR: Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics
Esquizofrènia Trastorn esquizotípic Trastorns d'idees delirants persistents Trastorns psicòtics aguts i transitoris Trastorn d'idees delirants induïdes Trastorns esquizoafectius Altres trastorns psicòtics no orgànics Psicosi no orgànica sense especificació	Esquizofrènia Trastorn esquizofreniforme Trastorn esquizoafectiu Trastorn delirant Trastorn psicòtic breu Trastorn psicòtic compartit Trastorn psicòtic causat per una malaltia mèdica Trastorn psicòtic induït per substàncies Trastorn psicòtic no especificat

Per tant, els trastorns psicòtics es caracteritzen per una greu alteració del judici de realitat que interfereix en gran mesura en totes les àrees de la vida del subjecte.

Segurament, els trastorns psicòtics són els trastorns mentals que millor responen a les idees populars de "bogeria".

1.1. Esquizofrènia

L'esquizofrènia representa aproximadament el 80 % de tots els trastorns psicòtics diagnosticats. La seva presència suposa un alt nivell d'incapacitació i trencament en la vida de la persona afectada, amb una minva considerable de la qualitat de vida.

Lectures

Material d'estudi: capítol 30, Esquizofrenia, de Vallejo Ruiloba:

Apartats fonamentals d'estudi: Epidemiologia, Etiopatogenia, Aspectos clínicos, i Diagnóstico diferencial.

Apartats complementaris: Introducción, Aspectos históricos, Curso, pronóstico, Diagnóstico, Evaluación psicosocial, i Tratamiento y rehabilitación.

Taula 3. Hipòtesis etiològiques i factors associats a l'esquizofrènia

Genètica	<ul style="list-style-type: none"> Vulnerabilitat genètica
Bioquímica	<ul style="list-style-type: none"> Hipòtesi dopaminèrgica Hipòtesi serotoninèrgica Hipòtesi de la dopamina i acetilcolina Hipofunció del sistema de neurotransmissió per glutamat Endorfines

Vegeu també

El material d'estudi se centra en l'esquizofrènia i la paranoia (anomenat *trastorn d'idees delirants persistent* en la CIE-10 i *trastorn delirant* en el DSM-IV-TR).

Vegeu també

En l'apartat Epidemiologia, es proporcionen les taxes d'incidència i prevalència per a l'esquizofrènia, i també altres factors.

Vegeu també

L'esquizofrènia ha promogut una gran quantitat d'estudis, sobretot des de models biològics. El capítol dedicat a l'etiopatogenia descriu les principals hipòtesis, que teniu resumides en la següent taula.

Neuroimatge	<ul style="list-style-type: none"> • Alteracions estructurals en volum ventricular, volum del cervell, amígdala, hipocamp, regió hipocàmica i ganglis basals
Component ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Complicacions durant l'embaràs i el part • Infeccions virals
Neuropatologia	<ul style="list-style-type: none"> • Alteracions en el sistema límbic
Neurofisiologia	<ul style="list-style-type: none"> • Alteracions en les ones i en les fases del son • Alteracions en els moviments sacàdics i en els moviments de seguiment
Teories psicogenètiques	<ul style="list-style-type: none"> • Estil comunicatiu disfuncional de la família • Model del dèficit cognitiu • Model del conflicte: fixació en l'etapa autoeròtica (oral), no-superació de la posició esquizoparanoide, no-superació de la fase simbiòtica o autística

Els *aspectes clínics* descriuen la variada simptomatologia amb què s'expressa l'esquizofrènia, les diverses formes d'inici i els subtipus d'esquizofrènia.

S'acostuma a diferenciar entre **síntomes positius** i **síntomes negatius**.

Els símptomes positius són aquells que es manifesten en el moment de l'episodi psicòtic, com ara els deliris, les al·lucinacions, la conducta i llenguatge desorganitzats, o la catatonia.

Els símptomes negatius també es troben presents en el moment de l'episodi, però, a diferència dels positius, sovint perduren un cop passada la crisi esquizofrènica.

Són la pobresa o aplanament afectiu, l'aïllament social, les dificultats en el pensament abstracte, la manca d'iniciativa, el deteriorament de la higiene personal i el manteniment de creences rares o extravagants. En general, els símptomes positius tenen una bona resposta al tractament medicamentós, però no així els negatius, més relacionats amb trets de personalitat.

A banda, també es presenten símptomes neuropsicològics que tenen a veure amb un deteriorament de les funcions cognitives (memòria, pensament abstracte...), que poden desaparèixer quan remet l'episodi o bé persistir. Aquest darrer cas és quan l'esquizofrènia té un curs crònic.

Tots els símptomes descrits en Semiologia general no necessàriament han de ser presents en la persona amb esquizofrènia. Depenent de les àrees afectades, parlarem d'un subtipus o un altre. Així, en l'**esquizofrènia simple** l'esfera més afectada és l'afectivitat en el sentit d'una pobra resposta emocional, juntament amb presència de símptomes negatius. En l'**esquizofrènia hebefrènica** (o desorganitzada, si utilitzem la nomenclatura del DSM-IV-TR), a les característiques descrites anteriorment s'hi sumen els trastorns formals del pensament i la conducta desorganitzada. El pensament (deliris) i la percepció (al·lucinacions) són les àrees afectades en l'**esquizofrènia paranoide**. I, finalment, és l'àrea de la psicomotricitat la que es troba greument alterada en l'**esquizofrènia catatònica**.

Entre aquests diferents subtipus d'esquizofrènia, també s'observen diferències en la manera d'inici.

L'estudi de l'esquizofrènia finalitza amb l'apartat Diagnòstic diferencial. Els símptomes psicòtics poden estar presents en trastorns orgànics (per exemple, en demències), trastorns de l'estat d'ànim, altres trastorns psicòtics o derivats del consum de drogues.

1.2. Trastorn delirant (paranoia)

La **paranoia** és un trastorn psicòtic caracteritzat per la presència d'un sistema d'idees delirants molt elaborat que cursa sense deteriorament social o cognitiu greus.

Lectures

Material d'estudi: capítol 31, Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas (apartat A. Paranoia), de Vallejo Ruiloba:

Apartats fonamentals d'estudi: Datos epidemiológicos y demográficos, Aspectos clínicos, Evolución y pronóstico i Diagnóstico diferencial.

Apartats complementaris: Introducción, Orígenes y desarrollo, Tratamiento, i Entrevista con el paciente paranoico.

Bibliografia complementària: Apartat B. Otras psicosis delirantes crónicas del capítol 31 de Vallejo.

El terme clàssic *paranoia* ha estat substituït per altres termes en les classificacions actuals. Així, la CIE-10 anomena aquest quadre clínic *trastorn d'idees delirants*, mentre que el DSM-IV-TR proposa el terme *trastorn delirant* per a designar-lo. Aquest canvi en la denominació és per a emfasitzar que el nucli patològic de la paranoia són essencialment les idees delirants que presenta la persona (que no sempre són de caire paranoide o persecutori) i perquè el terme *paranoide* pot tenir altres significats (per exemple, esquizofrènia paranoide, on l'adjectiu *paranoide* indica presència de deliris i al·lucinacions).

Vegeu també

Vegeu el mòdul "Semiologia de les funcions psicològiques" per refrescar els coneixements sobre semiologia.

Voldríem introduir el concepte de *paranoidisme*, que pot ser d'utilitat per a entendre millor el trastorn delirant i altres trastorns que presenten trets paranoïdes.

El **paranoidisme** és una dimensió psicològica que s'expressa a través de conductes (hipervigilància, actitud defensiva, etc.) i de trets de caràcter (hostilitat, desconfiança, etc.).

Tots nosaltres tenim un cert grau de paranoidisme (un cert grau de desconfiança, hostilitat, etc.). Recordeu el supòsit de continuïtat del criteri estadístic d'anormalitat. Hi hauria persones, tanmateix, que tindrien un grau especialment elevat de paranoidisme i això les faria vulnerables a presentar algun trastorn de caire paranoïde (ja sigui el trastorn delirant, el trastorn psicòtic breu, un trastorn paranoïde de la personalitat, etc.).

Un grau elevat de paranoidisme no es presenta només en el trastorn delirant i en la personalitat paranoïde. També és present en l'esquizofrènia de tipus paranoïde i en determinats trastorns d'origen orgànic com la demència d'Alzheimer, tumors, celotípia alcohòlica o en trastorns psicòtics breus produïts per la ingesta de drogues com l'LSD i la cocaïna. Per exemple, la celotípia alcohòlica és un quadre de tipus paranoïde que presenten persones amb un alt nivell d'alcoholisme, caracteritzat per la presència persistent de sospites d'infidelitat de la parella.

En determinades circumstàncies, tots podem mostrar puntualment un nivell de paranoidisme més elevat de l'habitual.

Exemple

Quan som en un país estranger d'una cultura diferent de la nostra, el nostre recel cap als altres pot augmentar perquè ens sentim més vulnerables. Un altre cas extrem en què augmenta el paranoidisme és en situació de guerra.

Centrant-nos en el capítol de Vallejo, en l'apartat Dades epidemiològiques i demogràfiques, a banda de la informació que proporciona sobre els factors d'aquest tipus associats a la paranoia, és interessant destacar que es posa èmfasi en les dificultats de definir-la adientment i com, tot sovint, la paranoia pot estar emmascarada sota el diagnòstic d'altres psicosis, com ara l'esquizofrènia.

A Aspectes clínics, queda clarament reflectit el que es comentava al principi: el símptoma més destacat i pràcticament únic és el sistema delirant, a més d'anar acompanyat d'unes determinades característiques de personalitat.

Si hi llegiu els trets de personalitat que acompanyen la paranoia i després els compareu amb les característiques del trastorn paranoïde de la personalitat, podríeu pensar que paranoia i trastorn paranoïde de la personalitat sempre es donen junts. Bé, aquests dos trastorns es poden presentar conjuntament en la

mateixa persona però no sempre es dóna el cas. Quan parlem de personalitat paranoica, els trets que la defineixen es poden estructurar o no en un trastorn de personalitat, en funció de com de marcats siguin aquests trets i el grau de desadaptació que suposin (aquí la línia de divisió pot ser bastant fina i subtil, té a veure amb aspectes quantitius). De manera que, a la clínica, us podeu trobar amb tres situacions diferents: persona que només presenta paranoia, persona que només presenta trastorn paranoide de la personalitat i persona que presenta ambdós trastorns.

D'altra banda, el sistema delirant de la paranoia té importants diferències amb el deliri present en l'esquizofrènia. En el cas de l'esquizofrènia, el deliri té una temàtica estranya, inversemblant ("algú llegeix el meu pensament" o "el dimoni m'ha posseït") i poc estructurat, de manera que no arriba a organitzar-se en un sistema coherent ni està documentat en proves, a més d'afectar greument el funcionament social i laboral. A més, si tot sovint en l'esquizofrènia deliris i al·lucinacions apareixen junts, pareu atenció que en el cas de la paranoia no es dóna cap altre símptoma psicòtic.

Activitat

Intenteu deduir altres diferències amb l'esquizofrènia pel que fa a curs i pronòstic utilitzant les dades que teniu sobre això en l'apartat Evolució i pronòstic.

Com hem comentat quan es parlava del paranoidisme, les reaccions paranoïdes són freqüents i no sempre es donen en el context de la paranoia. A Diagnòstic diferencial, un dels més importants és la diferència entre paranoia i esquizofrènia paranoide. Cal aclarir que quan en el llibre de text se us parla de "reaccions paranoïdes" fa preferència a manifestacions de la paranoia, i el terme *desenvolupament paranoic* fa referència a personalitat paranoide.

2. Trastorns de l'estat d'ànim

Cas clínic

En Pau D. G. és un home de 54 anys d'edat que va a la consulta privada d'un psicòleg d'una gran ciutat espanyola on resideix des de fa poc. Explica al professional que s'ha traslladat a aquesta zona per qüestions que, en aquest moment, prefereix no desvetllar. S'hi ha posat en contacte perquè li ho va aconsellar el Dr. X (anomena un reconegut psiquiatre), que fins fa poc l'atenia a la seva ciutat natal.

En la primera entrevista, que dura més d'una hora i mitja, en Pau explica la seva història i la seva situació actual. Durant tota l'estona, l'actitud del pacient és de col·laboració i facilita totes les dades que se li demanen, encara que ho fa d'una manera desordenada i una mica confusa; en alguns moments, al clínic li fa l'efecte que confon dades passades amb actuals. Va acompanyat de la seva mare, que va confirmant totes les dades aportades pel fill amb moviments de cap continuus. De vegades, la mare afegeix alguna informació que tot seguit el fill desvirtua dient que el que és important és allò general, no allò particular.

És separat de la dona des de fa deu anys, amb qui té tres fills (dues noies i un noi, de 25, 23 i 18 anys d'edat respectivament). L'exdona és representat de moda infantil i hi ha mesos, segons ens explica en Pau, que les seves comissions poden arribar a "xifres de quatre zeros". Des de fa gairebé vint anys, en Pau no treballa. Abans havia tingut la seva pròpia empresa de fusteria, amb trenta treballadors al seu càrrec, fins que va fer fallida. Explica que prenia amfetamines per poder aguantar el ritme i que guanyava moltíssims diners. Amb els treballadors hi havia una relació molt bona, fins i tot anaven junts de copes. En l'actualitat, té una llarga malaltia, encara que diu que durant aquest temps ha muntat diversos negocis amb autònoms que treballaven per a ell rehabilitant pisos. En general, li ha anat bé en aquests negocis fins que, de cop i volta, l'empresa es quedava sense encàrrecs. En un altre moment de l'entrevista, afirma que els problemes va sorgir perquè els treballadors no complien.

El mateix Pau ens diu que des dels 35 anys presenta un trastorn bipolar. Tres vegades ha hagut de ser ingressat, la darrera vegada fa set anys. Respecte a l'episodi maníac que va provocar el primer ingrés, relata que va començar amb pensaments optimistes que trobaria una fórmula per aixecar la seva empresa i que anava gastant molts diners sense adonar-se'n. Pensava que tots els pisos en venda de la ciutat eren seus i que la gent vindria a comprar-los-hi. Ha estat un gran lector de la Bíblia i volia fer el canvi del món (la redempció dels morts). D'aquesta manera "a poc a poc, et vas ficant en la imatge de Jesucrist, et creus que ets ell". Va agafar el cotxe i el va conduir durant tres dies i tres nits sense descansar, estava convençut que anava a trobar Déu.

En el segon episodi, torna a estar tres dies i tres nits amb el cotxe, i aquest cop es va emportar el seu fill, que llavors tenia 8 anys, perquè estava convençut que el final del nen era convertir-se en la Santíssima Trinitat. Només s'aturava perquè el nen dormís, ell no dormia perquè havia de vigilar que Satanàs no els fes mal. La policia el va trobar i li van demanar que entregués el nen, però ell no ho va voler perquè volien matar el petit, llavors va fugir i els va despistar. Va tornar a casa pel seu propi peu. Allà l'esperaven la policia i el jutge per a ingressar-lo.

En la tercera ocasió, va pensar que ell era l'Esperit Sant, va tornar a agafar el cotxe i pensava que se'l trobaria. Quan es creia Déu i veia les seves filles, plorava perquè sabia que anaven a ser transformades en immortals i que mai més no les tornaria a veure.

En totes les ocasions, va necessitar estar hospitalitzat durant un mes. Quan s'explora l'existència d'algun episodi de depressió, en Pau diu haver-ne tingut només un. Segons ell, la depressió li va ser provocada per una negligència en la medicació: durant el primer ingrés li van receptar un medicament que com a reacció li va causar "seixanta dies de tristesa". El Dr. X va ser qui li va explicar què li passava i li va receptar el liti. Va voler denunciar el primer psiquiatre i la Seguretat Social, però el Dr. X li va recomanar que no valia la pena, però ell sap que encara podria armar un bon enrenou amb tot això. Durant aquest període de tristesa, se sentia molt culpable per haver fracassat en la vida: havia portat la seva empresa a la fallida i no havia fet una previsió de futur per als seus fills. Ell havia de morir, i fins i tot va arribar a planejar com fer-ho: portaria les dues filles en cotxe a un camp obert i allà el faria volar amb una càrrega de butà i ells tres a dins. El seu fill petit el deixaria amb la mare, un no seria una càrrega gaire gran. Pràcticament

durant tot aquest temps va romandre al llit, encara que necessitava pastilles per dormir. No tenia gana: es va primar més de deu quilos.

Quan s'explora la presència d'al·lucinacions comenta que, quan treballava veia, a la tàpia que hi havia davant la finestra del despatx, cares quadriculades amb moviments als ulls i a la boca.

En demanar-li algun informe, en Pau ens facilita el full d'assistència d'urgències d'un gran hospital, amb data de l'any passat, en el qual llegim: "[...] pacient de 53 anys d'edat que consulta per presentar problemes d'insomni les darreres setmanes. En l'exploració es mostra despert, orientat, amb una lleu tendència a la hipertímia, motòric expansiu i actitud demandant encara que no hostil ni amb heteroagressivitat verbal". Correspon a un ingrés de sis dies. Respecte d'això, ens diu que l'últim cop que va ser ingressat per problemes d'insomni, no va prendre la medicació fins que no li van portar la que ell sabia que li aniria bé. Va amenaçar d'anar al jutjat de guàrdia si seguien encobrint les negligències del metge.

En l'actualitat, la seva medicació diària inclou Plenur, Diazepan-10 i Largactil-25. Per a controlar els nivells de liti, s'ha de fer anàlisis cada tres mesos.

Ara diu que es troba bé encara que nota que la seva memòria funciona lentament. Només dorm si es pren pastilles. Mai no ha tingut problemes amb l'alcohol excepte quan estava eufòric; llavors, arribava a prendre's vuit whiskys al dia. Li agradaria tornar a engegar un altre negoci, però ho veu difícil perquè la gent no compleix a la feina. Com a antecedents familiars només sobresurt l'àvia paterna, que es va calar foc perquè seguia les ordres que algú li dictava des de dins del seu cap.

(Pres de Requena, 2004)

Activitat

Quins símptomes hi veieu? Es tracta d'un trastorn psicòtic? Hi ha consciència de trastorn? Podríeu concretar de quin tipus de trastorn bipolar es tracta?

Amb el nom de *trastorns de l'estat d'ànim* (també anomenats *trastorns de l'afectivitat o de l'humor*) s'agrupen aquells trastorns que tenen com a característica principal una alteració de l'humor o l'afectivitat, ja sigui en el sentit de gran tristesa, ja sigui en el sentit d'alegria desmesurada o eufòria, sense que les circumstàncies ho justifiquin.

En tots ells, com el seu nom indica, el nucli principal és l'afectació de l'humor. La resta de simptomatologia del quadre clínic és secundària a aquesta alteració.

Exemple

Si la persona mostra aïllament social és perquè està trista i no troba motius per relacionar-se amb els altres (en la paranoia, també pot estar present l'aïllament social, però per una causa diferent: la persona es "protegeix" dels altres aïllant-se).

Com que tant l'alegria com la tristesa són sentiments que expressen la riquesa emocional humana, en el cas dels trastorns de l'estat d'ànim és fonamental valorar les circumstàncies que acompanyen la resposta emocional per a valorar el seu caràcter mòrbid o no. Sobre això, podem preguntar-nos quan la tristesa traspasa la línia de la normalitat i esdevé depressió, i el mateix pel que fa a l'eufòria i la mania. En el primer mòdul de continguts, ja heu vist les dificultats per a delimitar normalitat i anormalitat psicològica però, en general, considerarem que una reacció afectiva és normal i adaptativa quan:

- és adient a l'estímul que l'origina,

- té una duració breu, i
- no repercuteix notablement en les àrees social, laboral o somàtica.

És a dir, la reacció afectiva ha d'estar justificada quantitativament i qualitativament per l'estímul que l'origina.

Exemple

Després de la mort d'una persona estimada, es poden presentar símptomes que també es donen en una depressió, com ara cert aïllament social, pèrdua de la gana, ganes de plorar... però que constitueixen una resposta d'adaptació a la nova situació (és a dir, és una resposta adient a l'estímul que l'origina). Respecte a l'eufòria, podem dir el mateix: després de rebre un èxit professional, posem per cas, és possible que ens sobrevalorem i que la nostra autoestima augmenti, trets que també observem en un autèntic episodi maníac, però que, en el context de l'exemple, no els atorguem un significat patològic.

2.1. Trastorns depressius

En l'apartat Epidemiologia i factors de risc, es presenten les taxes de prevalença i els factors associats a la depressió major i al trastorn bipolar, dos dels trastorns afectius més diagnosticats.

Lectures

Material d'estudi: capítol 32, Trastornos depresivos, de Vallejo Ruiloba.

Apartats fonamentals d'estudi: Epidemiología y factores de riesgo, Clasificación de la depresiones, Aspectos clínicos, Etiopatogenia i Diagnóstico diferencial.

Apartats complementaris: Introducción, Personalidad depresiva, Terapéuticas biológicas i Consideraciones generales en el tratamiento de las depresiones.

Bibliografia recomanada: capítol 20, Conducta suicida de Vallejo Ruiloba.

En l'apartat Classificació de les depressions, s'anomenen **diverses classificacions dels trastorns depressius**. Les dicotomies psicòtica-endògena enfront de neuròtica-reactiva, i també les depressions involutives, són interessants des del punt de vista històric, ja que van ser les primeres distincions fetes. Més actual és la distinció bipolar enfront d'unipolar, basada en l'existència o no d'episodis maníacs o hipomaníacs. Aquesta distinció la recullen les classificacions actuals del DSM-IV-TR i de la CIE-10.

En Aspectes clínics, es recull la **simptomatologia bàsica d'un episodi depressiu** (tant si es dona en el context d'una depressió major com d'un trastorn bipolar).

És interessant fer notar que el nucli primari de la depressió es dona en l'àrea de l'afectivitat i es refereix al sentiment profund de tristesa que presenta la persona. D'aquest sentiment profund, es deriva la resta de simptomatologia observada en altres àrees (pensament i cognició, conducta, ritmes biològics i trastorns somàtics).

Vegeu també

Mireu-vos amb atenció la taula 32-1 de la pàgina 487, on apareixen resumits les principals informacions.

És important destacar això perquè la tristesa, com a símptoma, la trobarem en altres trastorns però amb un caràcter secundari, no primari com en el cas dels trastorns de l'afectivitat. Així, la persona que té un trastorn d'ansietat generalitzada pot presentar símptomes de tristesa però de manera reactiva als anys de "lluita personal" contra l'ansietat que la desvetlla qualsevol activitat quotidiana.

Les característiques que es recullen en aquest apartat corresponen a les del **trastorn depressiu major**. A banda, hi ha un altre trastorn afectiu, sense antecedents d'eufòria patològica, que en el text només l'anomenen quan parlen de la classificació dels trastorns afectius en les taxonomies actuals: és la distímia (CIE-10) o trastorn distímic (DSM-IV-TR). A títol informatiu, paga la pena que recordeu que la distímia fa referència estats depressius prolongats, crònics, que, sense presentar tots els símptomes propis d'un trastorn depressiu major, es caracteritzen per la presència de símptomes depressius d'intensitat lleu o moderada, i acostumen a cursar amb un component important d'ansietat.

Finalment, en aquest apartat d'aspectes clínics, fan esment apart d'alguns casos especials de depressió (depressions somatògenes, depressions cròniques, depressions atípiques i trastorn afectiu estacional) no recollides en les edicions actuals del DSM i la CIE però que tot clínic coneix.

Pel que fa a l'Etiopatogenia, es presenten les principals hipòtesis segons diferents models teòrics. En la taula 4, teniu un petit resum de les principals hipòtesis etiològiques.

Taula 4. Principals hipòtesis etiològiques sobre els trastorns depressius

Genètica	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposició genètica
Aspectes fisiològics	<ul style="list-style-type: none"> • Hipòtesi noradrenèrgica • Hipòtesi indolamínica (serotonina) • Hipersensibilitat colinèrgica • Disfunció dopaminèrgica • Marcadors neuroendocrins • Hiperactivació neurofuncional • Alteracions en les fases del son
Models cognitivoconductuals	<ul style="list-style-type: none"> • Indefensió o desesperança apresada • Privació social
Teories psicodinàmiques	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa oral canibalística
Esdeveniments vitals	<ul style="list-style-type: none"> • Factors precipitants • Factors de vulnerabilitat

Finalment, a Diagnòstic diferencial, teniu recollits els **principals trastorns on la tristesa pot aparèixer com a símptoma**. Preneu nota que en aquests trastorns, la tristesa és secundària, no primària.

Exemple

En la demència la persona se sent trista en les fases inicials perquè s'adona que té moltes errades de memòria, o en l'esquizofrènia catatònica el component essencial és la inhibició, mentre que en el trastorn depressiu la persona es mostra inhibida perquè està trista.

2.2. Trastorns bipolars

Els trastorns bipolars es caracteritzen per la presència d'episodis de tristesa patològica i d'episodis d'eufòria en la mateixa persona. Segons la gravetat dels símptomes, el DSM-IV-TR diferencia entre trastorn bipolar I, trastorn bipolar II i trastorn ciclotímic.

Lectures

Material d'estudi: capítol 33, Trastorno bipolares y esquizoafectivos, de Vallejo Ruiloba (només apartat A. Trastornos bipolares):

Apartats fonamentals d'estudi: Epidemiología, Etiopatogenia, Clínica, Diagnóstico diferencial, i Curso y evolución.

Apartats complementaris: Introducción, Diagnóstico y clasificación i Tratamiento.

Els trastorns bipolars són uns dels trastorns mentals més descrits de la psicopatologia. Aretu de Capadòcia (segle II) ja va documentar casos d'agitació maníaca i d'inhibició alternants en una mateixa persona. En l'apartat 1, hem destacat la importància històrica del psiquiatre alemany Emil Kraepelin, al segle XIX, com l'introduïdor del terme *psicosi maniacodepressiva*. Aquest terme, però, no és totalment equiparable al més modern de *trastorn bipolar*, ja que la *psicosi maniacodepressiva*, tal com la descriu Kraepelin, incloïa no solament quadres bipolars, sinó també algunes formes de depressió unipolar i *psicosi*. En les classificacions actuals, el terme ha desaparegut però encara perdura la seva popularitat entre l'home de carrer.

Quan s'ha abordat l'estudi dels trastorns depressius, s'ha de parlar de Leonhard (1957), qui fou qui introduí el terme *bipolar*. Com heu vist, aquest autor observà dos tipus de depressió endògena: formes en les quals només hi havia antecedents de fase malenconiosa, les depressions unipolars; i formes en les quals hi ha antecedents de mania, les depressions bipolars. Posteriorment, Fieve i Dunner (1975) van introduir una triple divisió en els trastorns bipolars segons la gravetat dels episodis d'eufòria i van diferenciar entre trastorn bipolar I, trastorn bipolar II i trastorn ciclotímic.

Activitat

En l'apartat Epidemiologia, se us presenten dades actualitzades sobre els diversos trastorns bipolars. Amb les dades que se us proporcionen, podríeu construir un perfil sociodemogràfic de la persona afectada de trastorn bipolar.

Com qualsevol altre trastorn, els trastorns bipolars estan afectats per una multi-causalitat. A continuació (taula 5), teniu una síntesi del que trobareu desenvolupat en l'apartat Etiopatogènia.

Taula 5. Factors implicats en la gènesi dels trastorns bipolars

Factors biològics	<ul style="list-style-type: none"> • Neurotransmissors: dopamina, noradrenalina, serotonina, acetilcolina, GABA, glutamat • Alteracions de la tiroide • Alteracions hormonals: estrogen, hormona del creixement • Disfuncions en el transport iònic • Alteracions en les fases del son • Troballes de neuroimatge
Factors psicosocials	<ul style="list-style-type: none"> • Esdeveniments vitals • Funcionament familiar • Personalitat
Factors estacionals	<ul style="list-style-type: none"> • Patró estacional
Aspectes psicodinàmics (descrits en l'apartat Clínica)	<ul style="list-style-type: none"> • Fixació etapa oral

En els trastorns bipolars, els episodis depressius prenen les característiques d'un episodi depressiu major. Us remetem al que s'ha dit anteriorment sobre els trastorns depressius. A Clínica, per tant, es descriuen els símptomes que apareixen en els episodis d'eufòria patològica.

L'eufòria patològica es caracteritza per alegria i optimisme desmesurat però que fàcilment pot esdevenir irritabilitat, especialment quan l'entorn contradiu la persona.

La resta de símptomes que s'observen en les altres àrees (atenció, pensament, sensopercepció, psicomotricitat, conducta, memòria, consciència, orientació, estat somàtic) es deriven de l'eufòria.

Cal destacar que l'altre gran símptoma que destaca en aquests episodis és la desinhibició del comportament, entesa com a manca de judici (en grau variable) sobre la idoneïtat de les nostres accions en una determinada situació.

Exemple

Per molt bo que sigui un acudit del qual ens acabem de recordar, no trucarem a les tres de la matinada per explicar-lo a un amic.

Comprovareu que en el text es parla de mania i hipomania. La **mania** correspon a la forma més greu d'eufòria patològica. Tots els símptomes que s'hi descriuen es presenten en grau superlatiu: gran desinhibició conductual, hiperac-

tivitat molt marcada, alta labilitat de l'atenció... A més, pot cursar amb deliris, normalment deliris de tipus megalomaniac (la persona se sent portadora d'una gran intel·ligència, bellesa, fortuna o capacitats extraordinàries com ara ser capaç de construir una màquina per a pal·liar els problemes de sequera que hi ha en el món). La mania afecta en gran mesura la vida quotidiana de la persona i sovint aquesta, un cop passat l'episodi, en rep les conseqüències (per exemple, es veu involucrada en crèdits bancaris que ha demanat per regalar els diners a persones desconegudes). Generalment, requereix ingrés hospitalari.

Per altra banda, la **hipomania** és una forma lleu de mania. La simptomatologia dels episodis hipomaniacs és semblant a la de l'episodi maníac però de menor gravetat. Resumidament, es podria dir que l'eufòria i la desinhibició –els símptomes principals– es presenten de manera més atenuada. Tampoc mai cursarà amb idees delirants, encara que sí amb idees sobrevalorades sobre un mateix. En definitiva, la manca de contacte amb la realitat no és tan gran per a provocar una clara desadaptació social o laboral, o per a requerir l'hospitalització.

També s'anomenen en la descripció de la clínica els estats mixtos. Un episodi o estat mixt es caracteritza per una barreja o successió molt ràpida al llarg d'un mateix dia de símptomes maníacs i depressius. La successió de diversos estats d'ànim (tristesia, eufòria i irritabilitat) és, per tant, molt ràpida i va acompanyada dels altres símptomes característics dels episodis maníac i depressiu.

A Diagnòstic diferencial, com sempre, trobareu aquells altres trastorns que poden cursar amb un estat d'ànim expansiu. De fet, la mania pot aparèixer en múltiples malalties orgàniques i també per ingesta de drogues. A banda, també hi trobareu els trastorns psicopatològics amb els quals caldrà fer el diagnòstic diferencial. Les dades relatives al curs són de gran ajuda per a diferenciar entre els trastorns bipolars i altres trastorns psicopatològics.

Complementant la informació que teniu al capítol de Vallejo, i per a poder entendre millor els trastorns bipolars, en definirem els tres tipus principals.

El trastorn bipolar I es caracteritza per la presència d'episodis maníacs o episodis mixtos. Freqüentment, també es troben antecedents d'episodis depressius majors.

El cas amb què iniciàvem l'estudi d'aquest tema es tracta d'un trastorn bipolar I.

Vegeu també

Teniu les dades de Curs i evolució resumides en la taula 33-5 del llibre d'estudi.

La clínica del trastorn bipolar II es caracteritza per antecedents d'episodis depressius majors i d'episodis hipomaniacs. I, per acabar, el trastorn ciclotímic es caracteritza per períodes de símptomes hipomaniacs i per períodes de símptomes depressius, però aquests símptomes no assoleixen la gravetat suficient per a ser diagnosticats d'episodi maníac i d'episodi depressiu major, respectivament, tot i que aquests períodes simptomàtics repercuteixen significativament en la conducta de la persona però sense provocar una gran desadaptació social o laboral.

3. Trastorns d'ansietat

Cas clínic

L'M. F. es una noia de 27 anys, casada des de fa molt poc, amb problemes de parella a causa de les seves "manies".

Ve a la consulta acompanyada de la mare, una dona encara jove i atractiva, que minimitza els problemes de la filla, dient que ella també havia patit una situació semblant i que havia pogut superar-la.

La noia es mostra col·laboradora i complaent, i manifesta que se sent desvalguda i deprimida, que té sentiments de fracàs i que pensa en el suïcidi com a única sortida.

Exposa que ja de petita era tímida i discreta, que les seves poques amigues sempre eren més fortes que ella, i sovint se sentia inferior i obligada a obeir. Era estudiant i endreçada, i va iniciar estudis de medicina, però els va abandonar perquè li venien al cap "pensaments horribles": "Sentia que em passava alguna cosa –explica–, pensava que mai no podria ser metge i ajudar la gent... Em venien al cap paraules com *avortament*, *incisió*, *ferida*, i *contagi*... Vaig deixar-ho perquè em pensava que embogiria".

Va deixar els seus estudis i es va posar a treballar a l'empresa familiar; al cap de poc temps va conèixer un noi estranger i van festejar a distància, sense problemes aparents i mantenint només com a conducta una mica estranya una excessiva neteja, que ella justificava pel fet de treballar amb productes alimentaris.

Es va casar i va anar a viure al país del seu home. "La primera nit va ser un desastre; em va venir al cap altre cop *ferida* i *contagi*, i vaig saber que el meu matrimoni seria un fracàs".

A través del marit va trobar feina en un gabinet mèdic, i els símptomes es varen agreujar una mica més. Havia de rentar la roba a mà i peça per peça, per la por al contagi, i defugia les relacions sexuals: "Tenia terror a quedar embarassada"; comprava la roba sense emprovar-se-la, per por de contagiar o contagiar-se, i no es podia comprar sabates perquè les considerava molt perilloses, però al mateix temps sentia per elles una atracció estranya i ambivalent, que la feia aturar-se davant les sabateries i passar hores de dubte. "Volia entrar i comprar-me'n unes, però sabia que mai no ho aconseguiria, em moria de vergonya de dur les sabates tan velles".

Finalment, ha acceptat que amb una ajuda professional potser podria vèncer les seves "manies".
(Masip, 1997)

Activitat

Quina simptomatologia s'observa en el cas? De quin trastorn podria tractar-se? Hi ha consciència de trastorn?

Sota l'epígraf de trastorns d'ansietat, s'agrupen diversos quadres clínics que tenen en comú la presència d'una gran ansietat que pot dificultar en grau variable l'activitat quotidiana de la persona.

Però, què és l'ansietat? Tots tenim una idea del que significa la paraula *ansietat* perquè tots l'hem patit en més d'una ocasió.

Associaríem ansietat amb nerviosisme, tensió, malestar subjectiu, por, preocupació excessiva...

L'ansietat és una reacció que pot donar-se tant en un context de normalitat com d'anormalitat. Per exemple, és comprensible que presentem signes d'ansietat davant una entrevista de treball, en època d'exàmens..., però també adaptatiu: un nivell adient d'ansietat ens fa estar al cas d'allò que succeeix al nostre voltant per donar la resposta adient. En aquest sentit, l'ansietat és un estat general d'activació de l'organisme que el prepara per a l'acció.

L'**ansietat clínica**, per altra banda, té les mateixes manifestacions que l'ansietat no patològica, però el seu desencadenament no està associat a una situació que la justifiqui: senzillament, la persona se sent nerviosa, tensa, sense motiu aparent; o si hi ha algun motiu aquest és trivial o injustificat.

L'ansietat, tant la "normal" com la clínica, té manifestacions cognitives, fisiològiques i conductuals, però no necessàriament s'han de presentar tots tres tipus de manifestació amb la mateixa intensitat.

A grans trets, la diferència entre l'ansietat normal i l'ansietat clínica rau en diferències en la intensitat, la duració i l'estímul que provoca la seva aparició (el desencadenament de l'ansietat clínica no es pot associar, aparentment, a una causa o bé l'estímul que la provoca és desproporcionat a la reacció ansiosa).

A més, dins de l'ansietat clínica, s'ha diferenciat entre ansietat flotant i ansietat aguda. L'ansietat flotant o difusa fa referència a un estat d'ansietat d'intensitat lleu o moderada, però constant i persistent en la vida de la persona (és el que succeeix, per exemple, en el trastorn d'ansietat generalitzada), mentre que l'ansietat aguda fa referència a la presentació puntual però molt intensa de l'ansietat (per exemple, en les crisis d'angoixa).

Un darrer aclariment de tipus lingüístic. Els termes *ansietat* i *angoixa* sovint s'utilitzen com a sinònims i aquest n'és l'ús actual; nosaltres també utilitzarem aquests termes indistintament. Tanmateix, en la tradició psicopatològica més clàssica, el mot *ansietat* es relacionava amb el component psíquic d'aquesta emoció i el terme *angoixa* feia referència al component somàtic.

Dins dels trastorns d'ansietat, podem distingir: crisis d'angoixa, trastorn d'ansietat generalitzada, fòbies i trastorn obsessivocompulsiu.

3.1. Crisi d'angoixa i trastorn d'ansietat generalitzada

Com nosaltres hem destacat en l'inici d'aquest apartat, en la Introducció que fa Vallejo Ruiloba del capítol 25 es parla de les diferències entre ansietat normal i patològica; entre ansietat primària i ansietat secundària (de fet, l'ansietat com a símptoma està present en molts trastorns); i entre estat d'ansietat i ansietat tret. És important que entengueu aquestes diferències per a poder fer

una bona conceptualització del que són els trastorns d'ansietat i diferenciar-los de l'ansietat com a símptoma i de l'ansietat com a reacció adaptativa de la persona.

Lectures

Material d'estudi: capítol 25, Trastornos de angustia, de Vallejo Ruiloba:

Apartats fonamentals d'estudi: Introducción, Datos epidemiológicos y estadísticos, Etiopatogenia, Aspectos clínicos, Diagnóstico diferencial i Curso y pronóstico.

Apartats complementaris: Clasificación i Tratamiento.

Bibliografia recomanada: capítol 24, Neurosis: generalidades, de Vallejo Ruiloba.

De fet, l'ansietat és una reacció molt freqüent, tant en contextos psicopatològics com en contextos de normalitat, com es comenta en l'apartat Dades epidemiològiques i estadístiques.

Pel que fa a Etiopatogènia, en la taula 6, es presenta un resum dels principals factors que s'hipotetitzava que estan en la base dels trastorns d'ansietat, en concret de les crisis d'ansietat i del trastorn d'ansietat generalitzada.

Taula 6. Factors implicats en els trastorns d'ansietat

Genètica	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalença elevada en familiars de primer grau • Interacció amb els factors ambientals i de personalitat
Biologia	<ul style="list-style-type: none"> • Hipòtesis de la falsa alarma de sufocació • Implicació del sistema noradrenèrgic, del GABA i de la serotonina • Neuroimatge: asimetries parahipocàmiques • Model neuroanatòmic: tronc cerebral (<i>locus coeruleus</i>), sistema límbic i còrtex prefrontal
Teories conductistes	<ul style="list-style-type: none"> • Descripció del mecanisme de manteniment de les crisis d'angoixa
Cognició	<ul style="list-style-type: none"> • La interpretació cognitiva amenaçant com a causant de l'augment de l'<i>arousal</i> • Factors cognitius implicats en les crisis d'angoixa: estructures cognitives desadaptatives; processos cognitius peculiars; i productes cognitius. • Tipus de cognició presents en l'ansietat generalitzada: a) tipus 1, en relació amb preocupacions externes i sensacions corporals; b) tipus 2, en relació amb intents per suprimir cognicions distorsionants
Models animals. Ansietat per separació	<ul style="list-style-type: none"> • Teoria del pànic de Klein: alteració dels mecanismes innats subjacents a l'ansietat de separació • Factor de risc: antecedents personals d'ansietat de separació

Teories dinàmiques	<ul style="list-style-type: none"> • L'ansietat com a defensa del jo davant conflictes importants provinents de l'allò o del superjò
Esdeveniments de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Presència d'esdeveniments precipitants d'índole molt variada (conflictes interns, ambientals...), especialment en crisis d'angoixa

A aspectes clínics, se us descriuen dos trastorns en què l'ansietat és el nucli primari: les crisis d'angoixa (o atacs de pànic) i el trastorn d'ansietat generalitzada.

En el cas de les **crisis d'angoixa**, la manifestació somàtica de l'ansietat es presenta de manera intensa i sobtada per un període curt de temps. A la manifestació somàtica, s'hi sumen pensaments de terror, por o bogeria. A més a més, a partir de la primera crisi, la persona desenvolupa ansietat anticipatòria (por que una nova crisi aparegui) i que té com a conseqüència tot sovint el sorgiment de conductes d'evitació (per exemple, s'evita anar a la situació on va ocórrer la crisi). En la taula 25-2 del llibre de text (pp. 379) trobareu una llista dels símptomes més típics presents en un atac d'ansietat.

En canvi, la característica principal del **trastorn d'ansietat generalitzada** és la presència d'ansietat flotant, en concret, un estat de preocupació constant i excessiva sobre diverses circumstàncies de la vida quotidiana: la salut, la família, el treball, els assumptes econòmics, etc. Sovint, la persona té dificultats per a puntualitzar amb exactitud què és allò que li provoca aquest estat d'alerta continu. En definitiva, hi ha preocupacions constants, inquietuds i inseguretats desproporcionades a la realitat.

En comú, tots dos trastorns tenen la seva tendència a la cronicitat.

Ja hem comentat abans que l'ansietat com a símptoma pot aparèixer en multitud de trastorns, tant orgànics com psíquics. En l'apartat Diagnòstic diferencial, teniu recollits els principals diagnòstics diferencials que cal fer en el cas d'aquests dos trastorns.

3.2. Fòbies

Podem definir la fòbia com la por irracional a un estímul –objecte, activitat o situació– que provoca la necessitat imperiosa d'evitar-lo. La por és exagerada i desproporcionada a l'estímul que la provoca i tot sovint la persona ho reconeix, però és una reacció que no està sota el seu control voluntari.

Vegeu també

Amplieu aquesta informació en l'apartat Curs i pronòstic.

Vegeu també

Aquests punts definitoris de fòbia els teniu al final de l'apartat Introducció del capítol d'estudi.

Lectures

Material d'estudi: capítol 26, Fobias, de Vallejo Ruiloba:

Apartats fonamentals d'estudi: Introducción, Datos epidemiológicos y estadísticos, Clasificación de las fobias. Aspectos clínicos, Etiopatogenia, Diagnóstico diferencial i Curso y pronóstico.

Apartats complementaris: Personalidad fóbica i Tratamiento.

Bibliografia recomanada: capítol 24, Neurosis: generalidades, de Vallejo Ruiloba.

L'ansietat està en la base de les pors i les fòbies.

La por és l'estat emocional provocat per un estímul o situació concret i objectivament perillós.

Exemple

L'ansietat que se sent davant de catàstrofes naturals la podem anomenar *por*.

La fòbia és una por irracional perquè l'estímul o la situació que la provoca no és objectivament o culturalment perillós.

Exemple

L'ansietat que es pot sentir en utilitzar un ascensor és un tipus de fòbia.

Vegeu també

Si voleu saber més diferències entre por, ansietat flotant (que és el tipus d'ansietat de base en el trastorn d'ansietat generalitzada) i fòbia, consulteu la taula 7.

Taula 7. Diferències entre por, ansietat flotant i fòbia

Por		Ansietat flotant	Fòbia
Resposta fisiològica	Activació vegetativa	Activació vegetativa	Activació vegetativa
Resposta psicològica	Fugida i/o afrontament	Alteracions cognitives i/o conductuals	Fugida i/o afrontament
Estímul provocador	Concret, real i perillós	Difús, subjectivament perillós. De vegades, inexistent	Concret, subjectivament perillós
Tipus de resposta	Reactiva i transitòria	General i duradora	Reactiva i transitòria
Resposta dels altres	Compartida	No compartida	No compartida

Pres de Jarne i Talarn, 2000.

En l'etapa de la infantesa, apareixen moltes pors, però aquestes no serien fòbies en el sentit clínic del terme ja que són evolutives i desapareixen amb el temps. Tanmateix, les fòbies en adolescents i adults són un quadre força freqüent, tal com teniu apuntat a Dades epidemiològiques i estadístiques.

En la taula 26-1 (pp. 390) del capítol d'estudi, dins de l'apartat Classificació de les fòbies. Aspectes clínics, teniu una llista dels temors fòbics més freqüents. Tanmateix, a nivell de diagnòstic, es tendeix a simplificar i tenen cabuda tres diagnòstics en aquesta àrea: agorafòbia, fòbia social i fòbia específica.

L'**agorafòbia** és l'aparició d'ansietat i comportaments d'evitació en llocs o situacions dels quals seria difícil fugir o en els quals seria difícil demanar ajuda (per exemple, un cinema, un supermercat, el metro, un ascensor, etc.) si s'esdevingués alguna emergència. En molts casos, l'agorafòbia ha estat precedida per crisis d'angoixa.

La **fòbia social** és l'aparició d'ansietat i comportaments d'evitació en situacions socials, com ara parlar en públic, menjar en públic o anar a entrevistes o festes.

I les **fòbies específiques** es refereixen a l'aparició d'ansietat i comportaments d'evitació a causa de l'exposició de determinats estímuls específics. Aquí es trobarien les fòbies a determinats animals, al mar, a creuar els ponts, a agafar l'ascensor, a viatjar en avió, a la sang, etc.

Aquesta classificació no implica que cada grup tingui una etiologia diferent o diferències notòries en el curs; és una classificació basada en la freqüència de consultes que genera cada grup. Així, l'agorafòbia i la fòbia social són els principals motius de consulta per fòbia, mentre que el calaix de sastre que formen el grup de les fòbies específiques no acostumen a interferir excessivament en la vida de la persona i no són motiu de consulta (llevat que interfereixen en la vida laboral, per exemple, com en el cas de la fòbia a viatjar en avió).

Des del camp de la psicologia, s'han formulat bastant hipòtesis en relació amb l'etiopatogènia de les fòbies. En la taula 8, hi teniu un resum.

Taula 8. Models i teories sobre l'origen i manteniment de les fòbies

Model d'ansietat fòbica	<ul style="list-style-type: none"> • Factors en la gènesi de l'ansietat: ambient i experiències primerenques, estrès i alta ansietat tret • Factors en l'aparició de la conducta d'evitació: presència de crisis d'angoixa
Psicoanàlisi	<ul style="list-style-type: none"> • Les fòbies són l'expressió d'un perill o conflicte intern que se simbolitza en l'exterior • Mecanismes de defensa: repressió, projecció, desplaçament
Teories de l'aprenentatge	<ul style="list-style-type: none"> • Processos d'aprenentatge de condicionament clàssic • Mecanismes implicats: generalització de l'estímul primari, condicionament d'ordre superior i generalització secundària • Teoria bifactorial de Mowrer: processos d'aprenentatge tant de condicionament clàssic com operant
Model de Mathews, Gelder i Johnston	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilitat a patir fòbies determinat per: ambient familiar precoç inadiant, alt nivell d'ansietat, factors estressants inespecífics, tendència a l'evitació i la dependència • Factors mantenidors: influències aversives externes, conducta d'evitació i rol de malalt reforçats per l'entorn.

Normalment, el diagnòstic d'una fòbia no és excessivament complicat, tot i que es pot confondre de vegades amb un trastorn obsessivocompulsiu. Consulteu l'apartat Diagnòstic diferencial per ampliar aquest punt.

El curs i pronòstic de les fòbies acostumen a ser crònic si no són tractades.

3.3. Trastorn obsessivocompulsiu

El trastorn obsessivocompulsiu es caracteritza per la presència de pensaments obsessius o obsessions que apareixen en la ment de la persona sense poder evitar-les i per actes compulsius o compulsions, tampoc volguts per la persona, que tot sovint intenten calmar l'ansietat despertada per les obsessions.

Lectures

Material d'estudi: capítol 28, Trastornos obsesivos, de Vallejo Ruiloba:

Apartats fonamentals d'estudi: Introducción, Datos epidemiológicos y estadísticos, Aspectos clínicos, Etiopatogenia, Diagnóstico diferencial i Curso y pronóstico.

Apartats complementaris: Introducción, Personalidad obsesiva i Tratamiento.

Bibliografia recomanada: capítol 24, Neurosis: generalidades, de Vallejo Ruiloba.

Tant les obsessions com les compulsions s'acompanyen de desgrat perquè la persona les experimenta com a contràries a la seva voluntat. Sovint l'individu lluita inútilment contra elles, per exemple, intenta no fer els actes compulsius, però l'única cosa que aconsegueix és augmentar el seu malestar i ansietat.

- Una **obsessió** és una idea, paraula, imatge, record..., qualsevol contingut mental que s'imposa al pensament de manera intrusiva (involuntària, no desitjada) i produeix ansietat i malestar. A diferència de les idees delirants, la persona identifica que l'obsessió prové del seu pensament: tot i que no pot controlar la seva aparició o cessament, no fa una interpretació delirant.
- Les **compulsions** són conductes o operacions mentals que la persona fa per reduir l'ansietat produïda generalment per la idea obsessiva.

Les conductes compulsives es manifesten sovint com a exageracions o caricatures d'un comportament habitual: rentats repetitius de mans, verificació meticulosa i exagerada de les claus de pas, comprovació incansable de si la roba de l'armari està ben ordenada, etc. Però les compulsions també poden ser operacions mentals, com ara resar, repetir determinades paraules, sumar els números de les matrícules dels cotxes, etc., rituals que també poden calmar l'ansietat. Les compulsions adopten la forma de veritables rituals que han de ser executats d'una determinada manera perquè siguin eficaços.

Vegeu també

Completeu l'estudi del trastorn obsessivocompulsiu amb els apartats Diagnòstic diferencial i Curs i pronòstic.

Vegeu també

Amplieu els vostres coneixements sobre les manifestacions clíniques del TOC i els factors associats en els apartats Dades epidemiològiques i estadístiques i a Aspectes clínics del material d'estudi.

En Etiopatogènia, teniu descrites les principals teories, tot i que l'autor del capítol es decanta per una etiologia multifactorial on tenen cabuda factors genètics, biològics, educatius i psicosocials. En teniu un resum en la taula 9.

Taula 9. Principals teories sobre el trastorn obsessivocompulsiu

Teories biològiques	<ul style="list-style-type: none"> • Bioquímica: 5-HT, dopamina, noradrenalina • Neuroanatomia: disfuncions del lòbul frontal, circuit d'Alexander, disfuncions interhemisfèriques
Hipòtesis psico-fisiodinàmiques	<ul style="list-style-type: none"> • Janet: descens de l'activitat psíquica general i tendència als automatismes psíquics • Montserrat-Esteve: importància dels estats afectius durant la infantesa
Teories conductistes	<ul style="list-style-type: none"> • Model bifactorial: processos de condicionament clàssic i de reforç negatiu a la base de les compulsions
Teories cognitives	<ul style="list-style-type: none"> • Importància de les creences irracionals • Interpretació dels pensaments intrusos en forma catatròfica, errònia o de pensament màgic
Teories psicodinàmiques	<ul style="list-style-type: none"> • Regressió a l'estadi sadicoanal • Superjò sàdic • Pensament màgic i omnipotent
Cibernètica	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiències en la captació d'estímul • Desajustaments en la comparació de la informació externa i els patrons interns • Errades en els mecanismes d'excitació-inhibició

4. Histèria

Cas clínic

La Núria és una dona de quaranta-dos anys. És mestressa de casa i conviu amb el seu marit i els seus dos fills. Acut a consulta psicològica, preocupada i angoixada perquè freqüentment nota certa manca d'equilibri, "li tremolen les cames", fet que l'obliga a seure, té ganes de plorar, li sembla "tenir un nus al coll" i "es queda sense veu". Comenta que des de fa temps ha anat fent consultes a diversos especialistes, però no han trobat una causa orgànica al seu malestar. Quan parla de la seva situació familiar, explica que està molt tranquil·la al matí, quan està sola, fent les tasques de casa. Tanmateix, quan s'apropa el moment en què el seu marit torna de la feina, comença a sentir-se tensa. Diu que ell és molt nerviós, sol arribar de mal humor i per petites coses s'exalta i la maltracta verbalment (insults, amenaces, etc.). Ha observat que quan augmenta la tensió entre tots, apareixen els seus símptomes. Per a recuperar-se, necessita descansar i dormir durant unes hores. (Jarne *et al.*, 2002)

Activitat

Quina simptomatologia s'observa en el cas? És important en el cas la influència de factors psicològics i familiars? De quin trastorn podria tractar-se? Quines característiques del cas descarten que es tracti d'una simulació?

Lectures

Material d'estudi: capítol 27, Histeria, de Vallejo Ruiloba:

Apartats fonamentals d'estudi: Datos epidemiológicos y estadísticos, Etiopatogenia, Aspectos clínicos, Personalidad histérica, Diagnóstico diferencial i Curso y pronóstico.

Apartats complementaris: Introducción, Clasificación, Histeria masculina i Tratamiento.

Bibliografia recomanada: capítol 29, Otros trastornos neuróticos y psicósomáticos, de Vallejo Ruiloba.

Si abans hem dit que els trastorns psicòtics segurament són el paradigma de "bogeria" per a la cultura popular, ara podríem dir que la histèria és el paradigma de "neurosi" per a l'home de carrer. De fet, encara en el nostre llenguatge romanen expressions del tipus "és una histèrica" quan volem referir-nos o bé a una persona una mica infantil, egocèntrica, seductora... o bé una persona que sempre s'està queixant de molts mals però per als quals mai no es troba un diagnòstic mèdic. També diem que "estem histèrics" quan la situació ens sobrepassa i estem un xic estressats.

Histèria és el terme clàssic que agrupa un conjunt de trastorns que tenen a la seva base o bé el mecanisme de dissociació o bé el mecanisme de conversió.

Abans d'explicar aquests dos mecanismes, cal fer algun aclariment pel que fa a la terminologia.

Clàssicament, s'ha considerat que la histèria té dues grans manifestacions: la **histèria de dissociació** i la **histèria de conversió**. Com teniu explicat en la Introducció del capítol 27, des de la publicació de la tercera edició del DSM, el terme *histèria* ha desaparegut de les taxonomies oficials (en gran part motivat perquè és un terme que s'associa a plantejament psicoanalític) però, evidentment, no els trastorns que engloba. Ara, les diferents manifestacions d'histèria són recollits tant en el DSM-IV-TR com en la CIE-10 sota el nom de Trastorns dissociatius i Trastorns somatomorfs. En la taula 27-1 (pp. 404) del llibre d'estudi, teniu recollida la moderna classificació dels trastorns histèrics.

Un cop aclarida aquesta qüestió terminològica, parlem dels dos mecanismes que s'ha descrit associats a la histèria. Cal dir que són mecanismes proposats des del paradigma psicoanalític i, per tant, no tots els autors acceptarien el seu paper en la histèria. Si optem per descriure-vos-els és perquè creiem que pot ajudar-vos a conceptualitzar què és la histèria i com és possible que trastorns aparentment tan diferents entre si (consulteu el DSM-IV-TR i compareu, per exemple, el trastorn d'identitat dissociatiu –el que abans es coneixia com a *personalitat múltiple*– i el trastorn de somatització) s'hagin englobat durant molts anys sota el terme genèric *histèria*. Per tant, la introducció ara de l'explicació dels mecanismes de dissociació i de conversió respon més a qüestions didàctiques que no pas a explicacions acceptades per tota la comunitat científica. Fets aquests aclariments, passem a descriure aquests dos mecanismes.

S'han descrit dos mecanismes psicològics en la histèria de tipus inconscient (en el sentit d'involuntari; per descomptat que per a la psicoanàlisi són mecanismes de defensa inconscients del jo davant les exigències de l'allò): el mecanisme de la dissociació i el mecanisme de la conversió.

La **dissociació** té a veure amb una alteració de la consciència en què la personalitat queda alterada. Podem dir que la integració de les diverses funcions de la personalitat (la memòria, la consciència, la percepció, la motilitat, etc.) permeten la construcció de la nostra identitat. Així, normalment, tenim control sobre quins records volem portar a la consciència o quins moviments volem fer.

En determinats estats, aquesta integració sembla alterar-se. És el cas, per exemple, del somnambulisme: la persona s'aixeca del llit, camina per l'habitació, parla, etc., activitats que es fan sense que la persona estigui desperta. Podríem dir que es duen a terme al marge de la seva personalitat, o si més no, al marge de la seva consciència; de fet, l'episodi de somnambulisme no es recorda en despertar.

Una cosa semblant succeeix en l'activitat de somiar: quan somiem és freqüent que parlem, que ens movem, que tinguem percepcions molt vívides (qui no s'ha despertat algun cop espantat pensant que queia?). Tot plegat s'esdevé sense cap control conscient per part nostra.

Per tant, hi ha fenòmens de la vida psíquica que semblen operar al marge de la nostra consciència, com és el cas del somnambulisme, dels somnis o de la hipnosi. Tots aquests fenòmens, per altra banda naturals, no afecten ni la nostra identitat ni la nostra integritat psíquica.

Doncs bé, hi hauria estats en què la integració de la personalitat ha fallat ja que conductes, records, etc., que formen part de la vida de la persona, són viscuts com a aliens. Això és el que succeeix en els trastorns dissociatius: es produeix un trencament o una escissió de la consciència.

Aquesta alteració de les funcions integradores pot ser transitòria o crònica, i abastar parcel·les més o menys grans de la vida psíquica de la persona. Així, la dissociació s'expressa en un ampli ventall de situacions: des de no poder evocar certs records (amnèsia dissociativa) fins a manifestacions més espectaculars com duu una doble vida (trastorn d'identitat dissociatiu o personalitat múltiple).

La **conversió**, en canvi, s'expressaria a través del cos. Normalment, els símptomes són semblants als efectes d'una lesió o altra anomalia nerviosa (paràlisi, analgèsies, etc.) però sense poder objectivar una base orgànica. En la conversió, es presenten reiteradament símptomes físics que recorden els d'alguna malaltia mèdica, però sense que aquesta es pugui fer palesa (tot i que la persona sent *realment* les molèsties que descriu). A més, la persona demana persistentment que li facin exploracions físiques malgrat els repetits resultats negatius d'exploracions anteriors.

Freqüentment, s'observa un comportament de demanda d'atenció, especialment quan la persona se sent ressentida amb els metges perquè no els ha pogut convèncer que les seves xacres són de naturalesa fonamentalment somàtica i que té la necessitat de més exàmens addicionals.

De l'apartat Dades epidemiològiques i estadístiques destacariem que els diagnòstics associats a algun trastorn histèric han disminuït dràsticament amb el pas del temps i continuen essent trastorns que es presenten majoritàriament en dones, tot i que és possible que la seva manifestació en homes quedi encoberta per formes atípiques de presentació (hi ha algun autor que postula que l'equivalent a la histèria en dones seria la psicopatia en homes).

Després de llegir-vos l'apartat d'Etiopatogènia, veureu que és especialment difícil integrar les diferents dades recollides sobre les manifestacions de la histèria. El que és clar és que els factors psicosocials tenen un gran pes en la gènesi i manteniment de la histèria, mentre que els aspectes biològics perden importància. En la taula 10, es recullen tres teories sobre la histèria.

Taula 10. Teories sobre la histèria

Organicistes	<ul style="list-style-type: none"> • Predomini de processos inhibitoris • Aspectes biològics més implicats en les manifestacions que tenen a veure amb somatització
Conductistes	<ul style="list-style-type: none"> • Reforç o guany primari
Psicoanàlisi	<ul style="list-style-type: none"> • Repressió i regressió a l'etapa fàl·lica (edípica); evitació de l'angoixa de castració • Mecanisme de desplaçament en la somatització

A Aspectes clínics, l'autor del capítol deixa de banda la classificació de l'OMS i de l'APA i opta per descriure diverses manifestacions histèriques (manifestacions que no corresponen a cap trastorn en concret dels descrits al DSM i a la CIE) agrupades en dos grans grups: "Accidents somàtics", que correspondrien a l'efecte del mecanisme de conversió, i "Accidents psíquics", que correspondrien a l'efecte del mecanisme de dissociació. El que trobeu descrits en aquests dos epígrafs serien símptomes histèrics, símptomes que poden aparèixer en els diversos trastorns histèrics que teniu descrits en la taula 27-1 del llibre. Així, alguns dels accidents somàtics persistents que descriu Vallejo són símptomes del que la CIE-10 anomena *trastorns dissociatius de la motilitat*. O, un altre exemple, els trastorns de la memòria descrits en els accidents psíquics són alteracions presents en l'amnèsia dissociativa o en la fuga dissociativa.

Dins de les manifestacions de la histèria, cal parlar d'una *personalitat histèrica*. En el capítol de Vallejo, s'enumeren els principals trets, tot i que cal remarcar que no en tots els casos en què hi ha un trastorn histèric, s'hi presenta clarament una personalitat histèrica.

És clar que, en el cas dels accidents somàtics, és molt important fer un bon *diagnòstic diferencial* amb quadres orgànics, tal com teniu recollit en el capítol. En tots els casos d'histèria també és important assegurar-se que no es tracta d'una simulació.

Per acabar, pel que fa a curs i pronòstic, caldria destacar que la histèria és de curs crònic i molt influït per circumstàncies psicosocials.

5. Trastorns de la personalitat

Cas clínic

Es tracta d'una dona de 27 anys, casada i amb dos fills petits. Durant l'adolescència, es va veure forçada a mantenir relacions sexuals amb un germanastre sis anys major que ella, a qui primer va idolatrar i després va témer. Aquesta relació va continuar fins que va marxar de casa per anar a la universitat, a una altra ciutat. Un cop a la universitat, va poder parlar als seus pares de la relació incestuosa amb el germanastre; parlar de l'assumpte amb els seus pares li va provocar una forta crisi emocional i va intentar suïcidar-se (amb una sobredosi d'aspirines), però no va ser necessari hospitalitzar-la. Era una noia coqueta encara que en el seu interior era tímida i se sentia incòmoda amb ella mateixa i molt sola. En un intent de superar la seva ansietat i la sensació de buit intern, va passar per un breu període d'abús (no excessiu) de l'alcohol i d'aventures sexuals. Als 19 anys, es va casar amb un company de classe i va deixar els estudis.

Durant els primers anys de matrimoni se sentia ansiosa i avorrida; tampoc gaudia de les relacions sexuals, no se sentia atreta sexualment pel seu marit. Després del naixement del segon fill, va passar per una època de labilitat emocional, amb tendència a la tristesa i a plorar. El seu estat d'ànim variava notablement d'una hora a una altra, d'un dia a un altre, però els sentiments negatius s'intensificaven especialment els tres o quatre dies anteriors a la menstruació. La relació amb el marit es va anar deteriorant; ell passava poc temps amb la família i ella es tornava cada cop més irritable. L'espòs va començar una relació extramatrimonial, que més endavant ella descobreix. Això la va fer sentir-se molt deprimida, va començar a abusar de l'alcohol i els sedants, a tenir problemes de son i va tenir diversos intents de suïcidi: un cop es tallà les venes i deixà una nota en què demanava disculpes per ser un "fracàs" com a esposa i mare. En dues ocasions, va passar la nit fora de casa sense informar ningú on era. En aquestes ocasions, s'enduïa la seva filla gran de vuit anys per a protegir-la de les "males intencions" del seu marit amb la filla. Més tard, considerava les seves sospites irrealment però era incapaç d'eliminar els dubtes que experimentava.

(DSM-IV. Libro de casos, 2000)

Activitat

Quins símptomes observeu? Es podria tractar d'un trastorn de la personalitat? De quin? Es podria fer, a més a més, el diagnòstic d'algun trastorn de l'eix I?

Lectures

Material d'estudi: capítol 34, Trastornos de la personalidad, de Vallejo Ruiloba:

Apartats fonamentals d'estudi: La personalidad trastornada, i Trastornos de la personalidad.

Apartats complementaris: ¿Existe la personalidad?, i Los trastornos de la personalidad ¿tienen tratamiento?

Si acceptem que la personalitat resumeix la idiosincràsia, la "manera de ser", de cadascú, no hi ha dubte que pot haver-hi personalitats trastornades.

Els trets de personalitat només constitueixen *trastorns de la personalitat* quan són inflexibles i clarament desadaptatius, de manera que causen un gran malestar subjectiu i/o provoquen un important deteriorament social, laboral o de qualsevol altra àrea important de l'activitat humana.

Els trastorns de la personalitat s'inicien en l'adolescència, moment en què es considera que la personalitat acaba de formar-se, o al principi de l'edat adulta i es caracteritzen per patrons de comportament estables al llarg del temps que comporten malestar o perjudicis importants al subjecte que els presenta.

S'han reconegut deu trastorns específics de la personalitat, els quals s'agrupen en tres grans grups, tal com teniu detallat en l'apartat Trastorns de la personalitat del material d'estudi:

a) Subjectes estranys: trastorns de la personalitat que descriuen subjectes amb dificultats greus per a establir i mantenir relacions interpersonals.

Són subjectes descrits pels altres com a estranys o extravagants. Es caracteritzen per una marcada incapacitat per a establir i mantenir relacions interpersonals a causa d'una acusada introversió, manca de sintonia i calidesa, i una greu dificultat per a aprendre les habilitats socials més elementals.

Formarien part d'aquest grup el trastorn paranoide de la personalitat, el trastorn esquizoide de la personalitat i el trastorn esquizotípic de la personalitat.

Després de llegir la informació sobre aquests tres trastorns de la personalitat, podeu preguntar-vos quina relació i diferència s'estableix amb els trastorns psicòtics. Fixeu-vos que aquests trastorns de la personalitat no cursen amb símptomes psicòtics, mentre que l'esquizofrènia i la paranoia, sí. Per altra banda, la comorbilitat és possible: tenir algun d'aquests trastorns és un factor de risc per a desenvolupar algun tipus de trastorn psicòtic.

b) Trastorns de la personalitat que descriuen subjectes immadurs.

En aquest grup es troben aquells subjectes que mostren una gran labilitat afectiva i que expressen les seves emocions sovint en forma de conductes descontrolades o socialment inconvenients.

El trastorn histriònic de la personalitat, el trastorn antisocial de la personalitat, el trastorn narcisista de la personalitat i el trastorn límit de la personalitat són els quatre tipus de trastorns de la personalitat d'aquest grup.

Com en el grup anterior, hi ha un factor de risc per a desenvolupar algun tipus de trastorn inscrit en l'eix I, especialment en el cas del trastorn límit de la personalitat, que sovint cursa amb quadres psicòtics o afectius.

c) Trastorns de la personalitat que descriuen subjectes temerosos.

Aquí trobem persones extraordinàriament sensibles a les situacions que les envolten. Davant de situacions que objectivament no són amenaçants, es respon amb intenses reaccions emocionals. Tenen por d'anar a l'escola, de fer el

ridícul, por de fracassar, por dels altres... En general, por de qualsevol incertesa o novetat. Al llarg de la seva vida, no han estat capaces d'adquirir la suficient seguretat emocional i de convicció de control sobre les situacions que viuen.

Els trastorns de personalitat que constitueixen aquest grup són el trastorn de la personalitat per evitació, el trastorn de la personalitat per dependència i el trastorn obsessivocompulsiu de la personalitat.

Fixeu-vos que tot sovint a la base d'un trastorn obsessivocompulsiu hi ha una personalitat obsessiva, que pot ser trastornada o no (aquí el paral·lelisme seria semblant al que vam fer en l'apartat 1 en parlar de la paranoia i la seva relació amb el trastorn paranoide de la personalitat). Ara bé, sempre hi haurà uns trets obsessius de personalitat en el cas del trastorn obsessivocompulsiu.

Pareu també atenció que pot ser difícil de distingir entre el trastorn de la personalitat per evitació i la fòbia social generalitzada.

6. Trastorns de la sexualitat

Cas clínic

En Josep Anton, de 41 anys d'edat, és una persona amb una discapacitat intel·lectual lleugera. Treballa de conserge en una finca. Viu amb els seus pares i una germana. Acut a consulta acompanyat pels pares. Els pares expliquen que la convivència a casa s'ha anat deteriorant progressivament, ja que en Josep Anton en el seu temps de lleure no vol sortir al carrer, ni relacionar-se amb ningú. El seu temps lliure el passa mirant pel·lícules, sempre les mateixes (la saga d'*El senyor dels anells*), jugar amb la "maquineta de matar marcians" segons paraules textuales dels pares, i disfressar-se.

Els pares comenten que, per altra banda, des de fa un any aproximadament, les baralles amb la germana són contínues. El motiu d'aquests baralles és que en Josep Anton es posa les botes i les mitges de la germana i se les deforma i trenca. Els pares creuen que és per a disfressar-se d'*El senyor dels anells*.

Durant l'entrevista amb en Josep Anton, refereix que vol estar a casa per posar-se les botes i les mitges de sa germana, diu que això li produeix plaer i que, amb freqüència, quan està així vestit, ejacula espontàniament. Diu que no entén per què li passa perquè ell no es masturba. Continua explicant que prefereix estar a casa per aconseguir estar sol i buscar les botes i les mitges de la germana. Explica que s'enfada perquè la germana les amaga.

Comenta que sempre li han agradat les botes de taló de dona i fins i tot recorda que fa anys acariciava les botes de la seva mare, les ensumava i s'excitava, encara que no arribava a ejacular.

Diu que no té relacions sexuals amb ningú ni es masturba; en ocasions té pol·lucions nocturnes però no sap per què li passa.
(Martínez de Ubago, 2008)

Activitat

Quina simptomatologia s'observa en el cas exposat? Es podria fer, a més a més, el diagnòstic d'algun trastorn de l'eix I o II?

Lectures

Material d'estudi: capítol 19, Conducta y patología sexual, de Vallejo Ruiloba:

Apartats fonamentals d'estudi: Trastornos de la identidad sexual, Respuesta sexual humana y disfunciones psicosexuales i Parafilias.

Apartats complementaris: Introducción, Diferenciación sexual i tots els subapartats que aborden el tractament.

No podem entendre els trastorns de la sexualitat com una cosa independent, dissociada, de la vida psíquica o món intern de cada persona: generalment, darrere d'un trastorn de la sexualitat hi ha un patiment psíquic important, correspongui o no aquest patiment a una entitat nosològica identificable en el DSM o en la CIE (recordeu que no tota consulta que rep el psicòleg clínic correspon a un trastorn psicopatològic).

Podem classificar els trastorns de la sexualitat en tres grups: trastorns de la identitat sexual, disfuncions sexuals i parafilias.

a) Trastorns de la identitat sexual

En els trastorns de la identitat sexual o de la identitat de gènere no coincideix el sexe biològic amb la identitat de gènere. És important saber diferenciar aquests dos conceptes. El concepte de sexe es refereix a aspectes biològics, hormonals i neuronals: la presència de dos cromosomes X determina la pertinença al sexe femení; i un cromosoma Y, la pertinença al sexe masculí. En canvi, el concepte de gènere té dimensions psicològiques i sociològiques. Al llarg de la infantesa i de l'adolescència, l'individu construeix la seva identitat de gènere a través de la seva identificació amb un grup determinat d'assignació sexual (home o dona).

Pareu atenció que el DSM opta per l'única categoria diagnòstica de "Trastorns de la identitat sexual" sigui quina sigui l'edat d'inici, mentre que la CIE diferencia entre transsexualisme, transvestisme no fetitxista i trastorns d'identitat sexual de la infància.

b) Disfuncions sexuals

Les disfuncions sexuals es caracteritzen per alteracions en alguna de les quatre fases de la resposta sexual (fase d'excitació, fase de meseta, fase orgàsmica, fase de resolució).

Segons la fase afectada, podem diferenciar diferents tipus de disfuncions sexuals:

- **Trastorns del desig sexual:** que comprenen el desig sexual hipoactiu i el trastorn per aversió al sexe.
- **Trastorns de l'excitació sexual:** que comprenen el trastorn de l'excitació sexual en la dona i el trastorn de l'erecció en l'home.
- **Trastorns orgàsmics:** aquí es troben el trastorn orgàsmic femení, el trastorn orgàsmic masculí i l'ejaculació precoç.
- **Trastorns sexuals per dolor:** a diferència dels anteriors, poden donar-se en qualsevol moment de la resposta sexual. Els més freqüents són la dispareunia no orgànica i el vaginisme.

En cadascun d'aquests trastorns, cal especificar si és:

- De tota la vida o adquirit, és a dir, discernir si la disfunció ha estat sempre present en la persona.
- General o situacional, és a dir, discernir si la disfunció es dona en qualsevol situació i amb qualsevol parella.

- Deguda a factors psicològics o deguda a factors combinats, és a dir, discernir si a més dels factors psicològics, també hi ha factors orgànics que provoquen parcialment la disfunció.

c) Parafílies

Les parafílies es caracteritzen per fantasies o pràctiques sexuals que incloueu:

- 1) objectes,
- 2) patiment o humiliació del company sexual,
- 3) nens o adults que no consenten la relació, per tal d'aconseguir l'excitació o l'orgasme.

Aquests comportaments de vegades són experimentats amb sentiments de vergonya o anormalitat.

Diferents tipus de parafília són: exhibicionisme, fetitxisme, frotteurisme, pedofília, masoquisme sexual, sadisme sexual fetitxisme transvestista, i voyeurisme (també anomenat *escopofília*).

7. Trastorns de l'alimentació

Cas clínic

L'Antònia i en Manel vénen a la consulta sol·licitant teràpia de parella. Quan tenim una sessió amb l'Antònia a soles ens comenta que, des de fa temps, quan té ansietat, menja de forma compulsiva i això cada cop s'està fent més freqüent. De petita, va tenir sobrepès i ho va passar bastant malament a escola, sobretot a l'adolescència, més endavant va aconseguir un pes normal gràcies a una dieta controlada per un metge i practicant esport; a més, se li va detectar un problema d'hipotiroidisme que al final de l'adolescència es va corregir. Actualment (26 anys), té un pes normal. El problema va començar fa dos anys quan va tenir el seu primer i únic fill. Explica que el nadó va néixer amb problemes i va passar un primer any molt difícil, sempre preocupada perquè al nen el van operar dos cops del cor. Aquell any, l'Antònia es va sentir desbordada i va començar a menjar compulsivament. Sempre ha estat una persona molt ansiosa i força introvertida. Quan arribava a casa i es trobava sola (feien torns amb el marit per estar a l'hospital) menjava tot el que podia i després vomitava. Després d'aquests episodis se sentia malament però intentava no pensar-hi: "tenia altres problemes més importants". Des de fa un any, el nen està bé i s'ha solucionat la cardiopatia. Al llarg d'aquest segon any en què el seu fill està bé, els afartaments han continuat cada cop que ha tingut un problema i sobretot quan el nen es posa malalt (tanmateix, no ha tornat a tenir res greu). Té molt de suport per part de la família, però la relació amb el marit actualment no és bona ja que l'any "d'hospitals" els va afectar molt com a parella. El marit no sap res dels seus afartaments. L'Antònia està angoixada per si torna a guanyar pes especialment perquè pensa que el seu marit la deixaria si "es posa grassa" i no suporta la idea de tornar a estar com quan era adolescent però no pot evitar diversos cops a la setmana menjar compulsivament amb "tots els problemes que tinc". Menja sobretot dolços o rebosteria (dues caixes de donuts, un paquet dels grans de galetes de xocolata...) i després vomita i se sent "fatal", trista i avergonyida, plora una estona i es promet a ella mateixa que no tornarà a ocórrer. Fa sis mesos que ha tornat a la seva feina (com a administrativa una companyia d'assegurances) i afortunadament el seu rendiment laboral no s'ha vist compromès. Gràcies al bon ambient laboral que existeix al seu departament, s'ha engrescat amb les companyes i dos dies a la setmana, al migdia, van a un gimnàs proper al lloc de treball durant l'estona del dinar. Això li ha permès rebaixar el seu nivell d'ansietat i gaudir més de les estones d'oci amb el seu fill, però els problemes de parella i els afartaments continuen igual i sent que ella tota sola no se'n sortirà, per això va proposar al seu marit de consultar un psicòleg. El psicòleg li ha diagnosticat un trastorn de bulímia. (Sàez, 2008)

Activitat

Quina simptomatologia s'observa en l'Antònia? Feu el diagnòstic multiaxial. Per què no es tracta d'un trastorn per afartament?

Lectures

Material d'estudi: capítol 21, Trastornos de la conducta alimentaria, de Vallejo Ruiloba.

Apartats fonamentals d'estudi: Trastornos por disminución de la ingesta, Trastornos por exceso de ingesta, Trastorno por atracón i Trastornos cualitativos.

Apartats complementaris: Introducción, Clasificación i tots els subapartats que aborden el tractament.

Darrerament, estem observant un fort augment en la prevalença d'aquests tipus de trastorns en el món occidental: s'estén a totes les condicions socials i augmenta la seva incidència en el sexe masculí encara que continuen essent trastorns que afecten majoritàriament les noies.

La influència dels factors socioculturals és indiscutible. Si bé en l'estat actual de coneixements no podem afirmar taxativament que aquests factors actuïn com a agents causals, sens dubte la sobrevaloració d'estar prim en la nostra societat i la constant pressió publicitària són elements precipitants, especialment en el cas de l'anorèxia mental.

Reflexió

No deixa de ser paradoxal que, d'una banda, hagi augmentat l'obesitat en el món occidental, i que, de l'altra, la mateixa societat es mostri més crítica i exigent per assolir les mesures d'uns estereotips dictats per la moda que són incompatibles amb la talla de gran part de la població. Tanmateix, la "cultura del cos" mobilitza importants interessos econòmics, la qual cosa implica una pressió constant per seguir els seus dictats.

Però, si de cas, els factors socioculturals actuarien com a factors precipitants ja que darrera de l'anorèxia o de la bulímia mental és evident que s'hi troben factors psicològics.

Una característica essencial d'aquests trastorns de l'alimentació és l'alteració de la percepció de la forma i el pes corporal: tant en l'anorèxia com en la bulímia, la persona es veu més grassa del que objectivament és. Això fa que molts autors considerin que, a banda de tenir alterats els patrons alimentaris, realment el que hi ha subjacent és un trastorn de la imatge corporal.

En el capítol 21 teniu descrits els principals trastorns de l'alimentació. Cal dir que en altres patologies mentals poden aparèixer alteracions en l'alimentació però aquestes disfuncions en la ingesta d'aliments són secundàries a la simptomatologia de base (per exemple, no es menja perquè no paga la pena de continuar vivint, perquè els aliments estan enverinats per la CIA, etc.).

L'autor del capítol agrupa els trastorns de l'alimentació en quatre grans grups, tal com teniu recollit en la taula 11.

Taula 11. Trastorns de l'alimentació

Trastorns per disminució de la ingesta	<ul style="list-style-type: none"> • Rebuig alimentari • Anorèxia nerviosa
Trastorns per excés d'ingesta	<ul style="list-style-type: none"> • Potomania • Bulímia nerviosa
Trastorn per afartament	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorn per afartament
Altres trastorns	<ul style="list-style-type: none"> • Obesitat • Pica o al·lotriofàgia • Mericisme o ruminació

Els trastorns principals d'aquest grup són l'**anorèxia nerviosa** i la **bulímia nerviosa**, dues patologies on més clarament es posa en relleu la necessitat de formular models etiopatogènics que tinguin en compte la multifactorialitat.

Quan s'exposa l'*etiopatogènia* d'aquests dos trastorns, es diferencia entre factors predisposants, factors precipitants i factors perpetuants. Aclarim aquests termes.

- Els **factores predisposants** són aquells que augmentarien la probabilitat que aparegués un trastorn. Per exemple, determinades característiques genètiques.
- Els **factores precipitants** són aquells que, en un individu predisposat, provoquen la presència del trastorn. Per exemple, una situació d'estrès extrem (factor precipitant) en una persona vulnerable emocionalment (factor predisposant) pot desembocar en un trastorn psicòtic breu.

I els factors perpetuants impedeixen o dificulten la remissió del trastorn. Per exemple, mantenir una persona sota una situació de pressió contínua.

Taula 12. Diagnòstic diferencial entre anorèxia i bulímia

Anorèxia nerviosa	Bulímia nerviosa
Inici precoç	Inici més tardà
Dieta restrictiva; conductes bulímiques: menys 50%	Dieta variable o restrictiva; grans ingestes
Baix pes	Pes amb poques variacions
Baixa impulsivitat	Impulsivitat
Pocs antecedents d'obesitat prèvia	Més antecedents d'obesitat prèvia
Control de pes: restricció alimentària	Control de pes: restricció, vòmits, laxants i diürètics
Hiperactivitat	Hipoactivitat
Amenorrea	Amenorrea: 50%
Poques conductes autolítiques directes	Més freqüents les conductes autolítiques
Poca psicopatologia associada	Més psicopatologia associada
Complicacions mèdiques cròniques	Complicacions mèdiques agudes

Activitat

En la taula 12 s'apunta algunes de les diferències entre l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa; completeu la taula amb més diferències pel que fa a clínica i epidemiologia entre anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa amb les dades que aporta el material d'estudi perquè pugueu conceptualitzar millor tots dos trastorns.

Bibliografia

Bibliografia general

Vallejo Ruiloba, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6a. edició). Barcelona: Elsevier Masson.

Bibliografia complementària

Belloch, A., Sandín, B., i Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada*. Madrid: McGraw-Hill.

Caballo, V., Buela, G., Carrobes, J. (Eds.). (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.

Guimón, J. (2002). *Salud mental relacional*. Madrid: Core Academic.

Jarne, A., Talarn, A. (Eds.). (2000). *Manual de Psicopatología clínica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer / Paidós.

Lemos, S. (Ed.) (2000). *Psicopatología general*. Madrid: Síntesis.

Lectures obligatòries de l'apartat 1

Capítols 30, Esquizofrenia, i 31, Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas, de Vallejo Ruiloba.

Lectures complementàries de l'apartat 1

Capítols 20, Conducta suicida, i 33, Trastornos bipolares y esquizoafectivos (apartat B Trastornos esquizoafectivos), de Vallejo Ruiloba.

Lectures obligatòries de l'apartat 2

Capítols 32, Trastornos depresivos, i 33, Trastornos bipolares y esquizoafectivos, de Vallejo Ruiloba.

Lectures obligatòries de l'apartat 3

Capítol 25, Trastornos de angustia; 26, Fobias; 28, Trastornos obsesivos, de Vallejo Ruiloba.

Lectura obligatòria de l'apartat 4

Capítol 27, Histeria, de Vallejo Ruiloba.

Lectura obligatòria de l'apartat 5

Capítol 34, Trastornos de la personalidad, de Vallejo Ruiloba.

Lectura obligatòria de l'apartat 6

Capítol 19, Conducta y patología sexual, de Vallejo Ruiloba.

Lectura obligatòria de l'apartat 7

Capítol 21, Trastornos de la conducta alimentaria, de Vallejo Ruiloba.

