

Psicopatologia

- **GLOSSARI (Consultor: Elena Requena)**

GLOSSARI:

- El **sistema multiaxial d'avaluació** el podem entendre com una mena de resum o recordatori per al clínic d'aquelles dades més importants. Així, en els eixos I i II queden recollits l'existència de/ls trastorn/s actuals que pugui tenir la persona (només el nom del trastorn, no cal recollir els símptomes). Recordeu que, precisament, un dels objectius de classificar és la de compartir categories mentals de forma que amb un nom (per exemple, fòbia social) ja s'està transmeten molta informació. La resta d'eixos no són estrictament de psicopatologia però si que aporten informació important que ens ajuda a entendre la situació de la persona més enllà de la problemàtica clínica: Hi ha cap malaltia mèdica que interfereixi d'alguna manera amb el trastorn psicopatològic diagnosticat? Existeixen problemes psicosocials (pèrdua de feina, problemes amb la parella, problemes d'habitatge, problemes escolars, mort del pare, etc.) que estiguin afectant la psicopatologia actual? Per últim, quin és el nivell general d'autonomia que presenta la persona en la seva vida quotidiana?
- En els **eixos I i II** queda recollit el nom del/s trastorn/s que presenta la persona, només el nom. Una dels avantatges de tenir un sistema de classificació és que compartim un codi de forma que en dir "trastorn bipolar II", ja ens fem una idea del que té el pacient
Per als eixos, s'ha d'incloure aquells diagnòstics que estan confirmats (a la qual cosa s'arriba sovint després d'haver fet el diagnòstic diferencial).
- **Criteris d'anormalitat psicològica:** Quan es demana que s'analitzi un cas des dels diferents criteris d'anormalitat, cal fer l'exercici si aquella vinyeta clínica des de l'òptica dels criteris estadístics, per exemple, diríem si és normal o no. Continuant amb l'exemple posat, si les conductes de neteja de la protagonista de la pregunta 1 es considera que no les presenta la majoria de la gent, llavors estadísticament aquesta conducta és anormal. Per als altres criteris, potser caldrà fixar-se en altres conductes o altres a més d'aquesta. L'important és tenir clar què vol anormalitat des de cada un dels diferents criteris i respondre, per a cada un dels criteris, si el cas en qüestió presentaria anormalitat o no (cal justificar, evidentment, la resposta, no cal dir si és anormal o no des de cada un dels criteris). Per altra banda, que en aquests exercicis d'analitzar els diferents criteris d'anormalitat no cal diagnosticar res.
- **Criteris clínics d'anormalitat:** Aquests criteris intenten aïllar conductes psicopatològiques, constatar com s'agrupen en síndromes i identificar trastorns. La clau és com s'identifiquen les conductes psicopatològiques ja que el context social, per exemple, és important.
Penseu que és perfectament possible que una mateixa dada es pugi interpretar des de varis criteris, el que canviarà serà la significació o la interpretació d'aquella dada, però la dada en si pot ser argument de varis criteris. OK?
- Tant els **criteris d'inclusió** com els **d'exclusió** intenten definir operacionalment un trastorn mental. En aquest sentit, tan important és deixar ben clar què pertany a la categoria "autisme" com deixar ben clar què no pertany a aquesta categoria (hi ha altres trastorns que se semblen a l'autisme però no són autisme). És com allò de les hipòtesis científiques: per contrastar una hipòtesi tan important és verificar-la (busca casos on es compleixi la hipòtesis) com fer l'esforç de buscar casos que la puguin contradir per assegurar-nos que veritablement la hipòtesis és bona si no es troben casos en què la hipòtesi es falsa (us sona la prova de Watson?).
Doncs bé, els criteris d'inclusió agrupen símptomes i altres característiques clíniques que si estan presents, assenyalen que allò que observem en una persona correspon a la categoria "Autisme". Per tant, la seva presència recolzaria la nostra hipòtesi diagnòstica d'autisme. Ara bé, l'autisme té en comú certes característiques amb altres trastorns (per exemple, trastorn de Rett i el trastorn desintegratiu infantil). Els criteris d'exclusió són un recordatori al clínic o a l'investigador que per diagnosticar d'autisme no n'hi ha prou que estiguin presents els criteris A i B, sinó que cal assegurar-se que aquests criteris A i B no es donen efectivament en el context d'un trastorn de Rett o desintegratiu infantil. Què com es faria això? Doncs anant als criteris operacionals d'aquests dos trastorns. És a dir, els criteris d'exclusió recorden al lector amb quins altres trastorns caldria fer el diagnòstic diferencial. Veurem en el mòdul 2 que el diagnòstic diferencial es refereix precisament a això, a diferenciar entre trastorns que presenten entre ells una certa semblança: igual que cada trastorn té associat un llistat de símptomes i característiques clíniques, també té associat un llistat d'altres trastorns amb els quals comparteix trets comuns i que el psicopatòleg ha de tenir presents per poder esbrinar en un cas concret de quin trastorn es tracta de tots els possibles.
Un trastorn no s'expressa exactament igual en tots els individus, ara bé segur que dues persones diagnosticades amb el mateix trastorn tindrien uns símptomes que sí compartiren. Així, dues persones amb esquizofrènia paranoide segur

que presenten deliris i al·lucinacions, però a la millor una presenta deteriorament cognitiu i l'altre no. Per tant, de tots els possibles símptomes que es poden donar en un trastorn, n'hi ha prou amb presentar uns quants d'ells (Quants? En cada trastorn ho indica el DSM) per considerar que la persona té aquell trastorn.

Això no és contradictori amb que els criteris siguin d'inclusió o d'exclusió; són dos paràmetres diferents. Per una banda, tenim un llistat de criteris "mínims" i necessaris per poder dir que la persona té el trastorn, i per altra banda, alguns criteris són d'inclusió i altres d'exclusió.

- L'expressió "**criteri d'agrupació**" es refereix a com s'agrupen els diferents trastorns, quin criteri o lògica els uneix. Així, el criteri d'agrupació dels trastorns psicòtics és que tots els trastorns que el formen (esquizofrènia, trastorn delirant, etc.) tenen en comú la presència de símptomes psicòtics; en els trastorns d'ansietat (fòbia social, trastorn obsessivocompulsiu, etc.) l'ansietat és el símptoma nuclear.
- "**Afinitats clíniques**" fa referència a semblança en simptomatologia essencialment.
- **Criteris biològics anormalitat**: s'han d'entendre com a etiologia orgànica. Hi ha en el cas alguna alteració biològica que expliqui el quadre clínic?
- **Fiabilitat i criteris operacionals**: segur que es té clar el concepte de fiabilitat? Perquè si se sap què vol dir, no cal buscar més informació; amb el raonament lògic n'hi ha prou.
- "Llargada" **CIE i DSM**: el manual imprès del DSM és com tres vegades més gruixut que la CIE. Això s'explica, per una banda, perquè els criteris operacionals del DSM estan més detallats que les pautes per al diagnòstic de la CIE; i, per altra banda, perquè el DSM inclou tota una informació sobre diagnòstic diferencial, família, diferències culturals... que s'estalvia la CIE.
- **Idees delirants vs. sobrevalorades**: la línia de separació és tènue. Les idees sobrevalorades poden venir per via cultural: creences molt arrelades, falses i que és difícil que el subjecte modifiqui però que ho pot arribar a fer (per exemple, la creença que un és una mica "gafe"); mentre que les delirants són clarament patològiques i no són modificables (per exemple, la creença que tot el que un faci no arribarà a bon port perquè hi ha un complot del govern en contra meu).
- **Al·lucinacions hipnagògiques i hipnagòmpiques**: característiques de la narcolèpsia, les hipnagògiques es produeixen a l'inici del son (quan s'està en aquell estat que no hem entrant en somni profund però no estem totalment en estat de vigília) i les hipnagòmpiques es produeixen a la sortida del son (aquell estat en què no acabes d'estar despert del tot). Totes dues són de caràcter visual (molt rarament auditives) i el relat d'elles és semblant a les imatges oníriques. Acostumen a ser vívides i aterradoras.
- **Pseudoal·lucinació**: Es donen en l'espai interior.
- **Bradipsíquia** descriu la lentitud del pensament que no té perquè anar acompanyada de lentitud motriu. Per tant, són dos símptomes diferents que cal recollir per separat.
- Emocionalment és molt diferent l'inici de l'episodi esquizofrènic marcat per l'ansietat (la persona no sap molt bé què passa, té sensacions de despersonalització i de desrealització, sap que quelcom important passarà però no sap el què ni quan...) quan el deliri ja està instaurat i la persona "ja sap" què passa. Això li dóna una certa tranquil·litat perquè entén el perquè de les coses però en cap moment significa que no pateixi si sent perseguida o no se senti ansiosa, però les perspectiva és diferent. Mira, et transcriu la narració d'un adolescent de 16 anys que descriu l'inici de la seva primera crisi psicòtica que crec que pot ajudar a entendre el canvi d'emocions que implica saber què passa. Fixeu-vos l'èmfasi del narrador per transmetre les seves sensacions d'estranyesa i de "no entendre" el que li succeeix:

[...] 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'una vegada 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 "icabrons, pareu ja!", i coses així, ja que em donaven 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 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 al 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 dels quaranta principals 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 al cremar-me, bé moltes coses... (pres de Freixas, 1997).

- En referència a la **manca de consciència** en la psicosi, o en el trastorn que sigui, sempre ens referim quan la simptomatologia està activa, és a dir, quan la persona presenta els símptomes. En aquest cas, per definició, no hi ha consciència, la persona no se n'adona que allò que està vivint s'allunya molt dels punts dels altres. Ara bé, una persona que hagi passat per varis episodis i amb un bon nivell d'introspecció, pot fer una certa crítica o adonar-se'n a l'inici de l'episodi que n'està començant i, per exemple, avisar la família. Però torno a repetir que, per definició, durant l'episodi la consciència és nul·la (la veu que sent la persona és real, el deliri és real per a ell...). Un cop la persona es recupera, no hi ha amnèsia de l'episodi psicòtic i és en aquest moment quan poden prendre consciència del malament que han estat. De fet, es parla de depressió postpsicòtica en aquelles persones que entren en una reacció depressiva quan prenen consciència de com el seu psiquisme s'ha trastornat durant l'episodi.
- **Símptomes psicòtics:** en la guia d'estudi, us comento que destaco tres símptomes psicòtics però no que siguin els únics. En destaco les al·lucinacions i els deliris perquè són molt representatius, i destaco la catatonía perquè no m'agrada com està explicat al material, crec que queda poc clar i per això ho amplio; però no s'afirma que siguin els únics símptomes psicòtics.
- **Símptomes de primer rang d'Schneider:** segons Schneider, símptomes la presència dels quals ja és suficient per al diagnòstic de psicosi.

Es preciso destacar que los "síntomas de primer rango" de Schneider han formado parte de casi todas las definiciones anglófonas de la esquizofrenia:

eco del pensamiento, alucinaciones auditivas en las que las voces conversan entre sí o comentan el comportamiento del sujeto, sensaciones corporales impuestas, robo del pensamiento, divulgación del pensamiento, percepción delirante (en la que el espasmo de la reflexión obliga al hombre a permanecer centrado en sí mismo). El dato común de los fenómenos delirantes primarios es la significación anormal, el poner en relación sin motivo que tiene la cualidad de vivencia impuesta y concerniente a la vez a la sensopercepción y al pensamiento; se trata pues, de una estructura de vivencia nueva de un verdadero monstruo psíquico, sentimientos, impulsiones o voluntad impuestos o controlados.

L.J. Lizarraga 10 ANALES Sis San Navarra 2000, Vol. 23, Suplemento 1

- **Trastorns psicòtics:** Hi ha poca relació amb els altres ja sigui degut al contingut del deliri ("No em relaciono amb els altres perquè volen fer-me mal; no els donaré sobre els meus punts febles o més vulnerables"), ja sigui per la característica d'introversió i tancament en un mateix pròpia d'aquests trastorns en què els altres no són una font de motivació.
- **Trastorn de la personalitat per evitació:** tot i que pot ser difícil diferenciar-lo d'una fòbia social molt greu, una de les principals diferències és que la fòbia social està més vinculada a un determinat tipus de situació (per exemple, la persona tem parlar davant d'un públic desconegut però no té cap problema per cantar en karaoke davant d'amics; en el trastorn per evitació qualsevol contacte social genera ansietat).
- **TOC:** segons l'obsessió, l'origen de l'ansietat pot comportar disminuir la màxim el contacte amb la gent no perquè es tingui por a fer el ridícul sinó, per exemple, per evitar un contagi de microbis.
- **Agorafòbia:** més que evitar els altres en sí, és una conseqüència d'evitar situacions amb gent no perquè la gent desperti temors sinó el no poder fugir de situacions amb gent potencialment perilloses.
- **DD Fòbia/TOC (p92):** La fòbia per definició és un estat de por irracional, mentre que en el TOC no hi ha por. El terme "disgust" no deixa de ser una elecció de l'autor del material referint-se segurament que el rerafons que tot sovint es troba en la persona amb TOC no és tant l'ansietat com la tristesa (de fet, el TOC no respon molt bé als psicofàrmacs però tot i així respon millor a antidepressius que a ansiolítics). Per altra banda, no hem de confondre conductes compulsives i conductes d'evitació.

El característic del TOC és l'obsessió i/o la compulsió. La compulsió pot aparèixer sola, sense que hi hagi una idea obsessiva (per exemple, automàticament i imperiosament cal posar els quadres torçats rectes) o bé pot ser secundària a una idea obsessiva, és el que en el material us anomenen actes obsessius secundaris a obsessions (per

exemple, apareix en el pensament "m'he rentat prou bé les mans?" cal passar a l'acció per rentar-se-les. Una compulsió, però, no sempre requereix de fe una acció motora, també pot ser una cte mental: sumar les matrícules dels primers cinc cotxes de la marca Seat que veig en sortir al carrer). Mentre que en la fòbia allò característic és l'evitació.

Ara bé, compulsió i evitació tenen en comú (a diferència del que deien les nostres companyes) que redueixen l'ansietat: l'evitació redueix l'ansietat anticipatòria i la compulsió redueix l'ansietat derivada de l'obsessió. Però, alhora, la conducta evitativa és eficaç per impedir que apareixi l'ansietat fòbica (no vaig al cinema i evito la por de quedar-me tancat en ell en una situació d'emergència), mentre que no es pot evitar l'aparició de l'obsessió a través de la compulsió; la compulsió sempre és secundària a l'obsessió. Si l'aparició de l'obsessió està lligada a situacions concretes (per exemple, una fòbia d'impulsió relacionada amb tallar les ungles al teu fill) teòricament es pot evitar l'aparició evadint les situacions però per definició una obsessió és un contingut mental recurrent, que pot aparèixer en qualsevol moment, fora de la voluntat del subjecte.