



Índex

1. Concepte de malaltia o trastorn mental
2. Evolució històrica de la psicopatologia
3. Causes de les psicopatologies
4. Criteris diagnòstics
 - a. Criteri estadístic
 - b. Criteri biològic
 - c. Criteri social
 - d. Criteri subjectiu i personal
5. Tipologies de les psicopatologies
6. Definició d'algunes psicopatologies
 - a. Esquizofrènia
 - b. Trastorns de la personalitat
 - c. Depressió
 - d. Ansietat, fòbies i trastorn obsessivocompulsiu
 - e. Anorèxia i bulímia nervioses
7. La psicoteràpia
 - a. Les teràpies psicodinàmiques: la teràpia de la psicoanàlisi
 - b. Les teràpies humanístiques: la teràpia de la psicologia humanista i la teràpia de la Gestalt
 - c. Les teràpies conductuals
 - d. Les teràpies cognitives
 - e. Les teràpies sistèmiques
8. L'ajuda farmacològica en la teràpia

1. Concepte de malaltia o trastorn mental

Els **metges** es posen d'acord amb facilitat a l'hora de definir una persona malalta des del punt de vista físic. En canvi, els **psicòlegs**, quan es tracta d'una malaltia o trastorn mental, no sempre es posen d'acord.

Es pot definir un trastorn o una malaltia mental com una **alteració de tipus emocional, cognitiu o del comportament** en què queden afectats processos psicològics bàsics que dificulten l'adaptació de la persona a l'entorn cultural i social. Cal destacar que **no existeix un límit clar entre salut i malaltia mental**, sinó que són un continuïum en el qual trobem diferents graus o nivells de benestar o deteriorament psicològic. A les malalties mentals se les anomena **psicopatologies**.

Hi ha molts **tòpics** sobre les malalties mentals que no tenen cap base científica ni cap fonamentació. Les afirmacions següents sobre les malalties mentals pretenen desmentir aquests tòpics:

- Una malaltia mental no significa menor capacitat intel·lectual.
- No és sempre irreversible.
- No és mortal.
- No és contagiosa.
- No és sempre hereditària.
- No és una culpa ni un càstig.



2. Evolució històrica de la psicopatologia

Tradicionalment s'havia parlat de les persones boges, i es tractava la bogeria com un resultat d'influències obscures, del mal o del pecat. Durant l'Antiguitat i en la majoria de les civilitzacions, els trastorns psicològics eren una condemna, perquè els atribuïen causes sobrenaturals. El concepte de **malaltia mental** és més recent, però els de *boig*, *endimoniat* o *posseït* sembla que han existit sempre.

Fins a finals del segle XIX no es va començar a acceptar que les persones considerades «boges» eren malalts i que podien curar-se.

El que entenem per salut i malaltia, bogeria o pertorbació psicològica depèn, igual que altres

concepcions sobre la naturalesa humana, del context històric i de la visió del món que té una societat.

- En la **Grècia** clàssica la bogeria es considerava producte de la possessió d'esperits malignes i els metges-sacerdots establien rogatives i cerimonials al déu de la curació Asclepi. Aquesta concepció de la bogeria com a fenomen sobrenatural es va mantenir fins a **Hipòcrates** (460-357 aC). Aquest pioner de la medicina va assenyalar que l'origen dels trastorns mentals es devia a un desequilibri dels quatre humors corporals: sang, flegma, bilis negra i bilis groga.

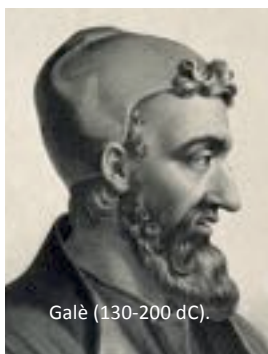


Hipòcrates
(460-357 aC).

- Hipòcrates també va ser l'autor de la primera classificació psicològica dels temperaments segons l'humor predominant: colèric (bilis groga), sanguini (sang), malenconiós (bilis negra) i flegmàtic (flegma), i qui va establir tres categories de trastorn mental: mania, malenconia i histèria, idees que van perdurar fins al final de la civilització grecoromana.



Déu Asclepi



Galè (130-200 dC).

- A **Roma**, el defensor principal de la tradició hipocràtica va ser Galè (130-200 dC). A parer seu, les causes de la bogeria podien ser orgàniques (lesions, excés d'alcohol, canvis menstruals) o mentals (pors, desenganys, angoixes). El seu esforç per comprendre racionalment la bogeria es va perdre per l'obscurantisme i la ignorància que es va perllongar durant l'època medieval.

- Durant l'**Edat Mitjana**, els trastorns psicològics com la demència van ser considerats una manifestació de potències malèfiques, i els tractaments rebuts per les persones que els patien eren tan bàrbars

com les fogueres organitzades per la Inquisició.

- A l'**Edat Moderna**, el dualisme de Descartes va deixar petjada en la medicina que s'ocupava de la ment. Els trastorns i les malalties es van classificar segons si eren de tipus orgànic/neurològic (alguna cosa anava malament al cervell) o funcional/psicològic (alguna cosa anava malament a la ment).

Aquestes dicotomies encara persisteixen en bona part de la teoria psiquiàtrica i, com conseqüència, les teràpies es divideixen també en dos tipus: fàrmacs per tractar el cervell i xerrades per tractar la ment. En general, es considera que les causes d'aquests trastorns poden sorgir en el regne de la ment («exògenes», com la depressió provocada per una tragèdia personal) o en el del cos («endògenes», degudes a factors genètics o a trastorns bioquímics).

- En el segle XVIII, durant la **Revolució francesa**, Philippe Pinel (1745-1826) va elaborar una classificació dels trastorns mentals (malenconia, mania, demència, idiòcia), i va defensar un tractament de la ment que havia de seguir els mateixos passos que els tractaments físics per al cos.



Philippe Pinel (1745-1826)

L'estudi científic de la bogeria no va començar fins a finals del segle XIX i principis del XX. El psiquiatre alemany E. Kraepelin (1856-1926) va establir el concepte de *malaltia mental*, perquè considerava que els trastorns mentals eren anàlegs als trastorns físics i que calia



E. Kraepelin (1856-1926)

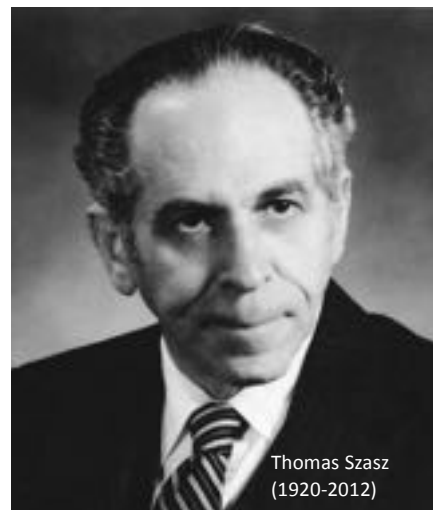
buscar-ne la causa orgànica específica. Aquesta consideració biomèdica de la malaltia mental és defensada avui per la psiquiatria.

El concepte de **malaltia mental** va servir per acceptar que els individus amb trastorns psicològics no eren bruixes o pecadors, sinó persones que necessiten tractament. Tanmateix, aquesta conceptualització va rebre dures crítiques des de la psiquiatria mateixa, amb les obres de Thomas Szasz *El mite de la malaltia mental* (1961) o *La fabricació de la bogeria* (1970), on la «malaltia mental és un mite creat per l'home». Respecte a això, escriu: «Convencionalment la psiquiatria es defineix com una especialitat de la medicina que s'ocupa de la diagnosi i el tractament de les malalties mentals, però jo proposo que aquesta definició, encara acceptada àmpliament, posa la psiquiatria,

juntament amb l'alquímia i l'astrologia, en la categoria de pseudociència».

T. Szasz considera en aquestes obres que la malaltia pot afectar només el cos, i per això no pot haver malaltia mental. La malaltia mental és una metàfora, com quan parlem d'una economia malalta. Els diagnòstics psiquiàtrics són etiquetes estigmatitzadores, aplicades a persones que tenen una conducta que molesta o ofèn els altres.

Avui dia encara persisteix la controvèrsia sobre el tractament psicològic entre la **farmacoteràpia** i la **psicoteràpia**. El descobriment de medicaments nous, començant pels antipsicòtics, com la Torazina, els ansiolítics o els tranquil·litzants, com el Valium, fins als



Thomas Szasz
(1920-2012)

més recents antidepressius, com el Prozac, reflecteixen avenços en el coneixement de les causes genètiques o bioquímiques de molts trastorns.

Els fàrmacs alleugen els símptomes, especialment els de l'esquizofrènia (deliris, al·lucinacions, parla desorganitzada i retraïment extrem) i de la depressió (desesperació, dificultats per pensar, preocupació per la mort o el suïcidi); per contra, la farmacoteràpia ataca només els símptomes del trastorn, no les causes. Encara que un desequilibri bioquímic el desencadeni, cal la psicoteràpia per afrontar els problemes conductuals i emocionals.

En la societat actual, una concepció dels trastorns psicològics des d'una òptica biològica seria parcial i no permetria un diagnòstic i un tractament fiables. Hi ha enfocaments més integradors en els quals es té en compte l'entorn individual, familiar i sociocultural on es desenvolupa el trastorn i que permeten tractaments més eficaços i útils per al pacient.



La consideració d'un comportament com a normal o anormal depèn del que en pensa la societat, i això varia segons la cultura de referència i segons l'època històrica. Als països occidentals l'homosexualitat és una orientació sexual triada lliurement, mentre que en altres països es considera una malaltia i, en alguns, un delictes castigat amb la mort.

El gran repte de la psicologia clínica del segle XXI serà crear una psicopatologia que integri els factors biològics i psicosocials i comprendre que els trastorns psicològics ofereixen cares diferents en les diferents cultures. A més, cal atendre les peculiaritats ambientals que afecten milions de persones i no oblidar que la consideració de certes psicopatologies tenen un fort component cultural.

3. Causes de les psicopatologies

Les causes de les malalties mentals són habitualment múltiples i, en alguns casos, desconegudes. Dins d'aquestes causes, destaquen les següents:

- **Causes fisiològiques** com ara alteracions en la química del cervell o lesions cerebrals. Poden ser degudes a lesions o accidents, al consum de substàncies o, simplement, a malalties físiques com un tumor cerebral.



- **Una predisposició genètica hereditària.** Mitjançant l'anàlisi de determinades psicopatologies en una família, s'ha pogut comprovar que es repetia una mateixa malaltia. Cal remarcar que una «predisposició» no implica que es manifesti la malaltia.

- **Factors socials, ambientals, culturals o educatius.** En aquests casos, les causes són fenòmens que no tenen cap relació amb la genètica ni amb la biologia. Es tracta d'influències rebudes durant l'educació; de conductes inadequades en un entorn cultural donat; de conflictes o influències de la família, les amistats o altres persones; de circumstàncies socials; experiències vivencials traumàtiques; influències d'un grup o una secta, i similars.

4. Criteris diagnòstics

Els trastorns psicològics són vells companys de l'espècie humana i sempre ens han preocupat les alteracions que provoquen en l'estat d'ànim o en la conducta. En la societat actual encara hi ha un cert desconeixement i por davant de qualsevol patologia psicològica, ja que no és fàcil trobar-ne una definició clara des del punt de vista científic.

Tanmateix, podem establir alguns criteris per distingir els límits entre el que és normal i anormal, i aplicar normes o regles que ens guiïn en el coneixement de la psicopatologia. Hi ha Quatre criteris d'«anormalitat» per explicar els problemes psicològics.

a) Criteri estadístic

El terme *anormal* és un concepte estadístic; el comportament normal seria el més freqüent. El fet que gairebé tothom es comporti d'una manera no significa que l'acció sigui correcta en un sentit moral més ampli. Només és una informació sobre els costums i les convencions d'un grup de gent en un moment concret.

La idea central del criteri estadístic és que les variables psicològiques que defineixen un individu tenen una distribució normal en la seva població de referència.



Qualsevol pensament, conducta, emoció que es desviï de la normalitat es considera patològic. Així podem diferenciar entre una persona amb estabilitat emocional i una altra de neuròtica, igual que distingim entre una capacitat intel·lectual baixa i alta.

Aquest criteri no és vàlid, perquè, considerem tots els genis, pensadors i artistes persones trastornades?

Si la majoria de les persones creuen en la vida eterna, són anormals els agnòstics i ateus?



b) Criteri biològic

El comportament anormal es deu al funcionament imperfecte de l'organisme per alguna alteració del cervell, que pot ser estructural o funcional. Malgrat que és innegable la importància dels processos biològics en les conductes i les emocions humanes, també és cert que aquests processos són influïts per factors psicosocials i ambientals.

c) Criteri social

Allò psicopatològic és una construcció o convenció social establerta en una època determinada. Com podem comprovar pels estudis transculturals, el que en una cultura és normal, és anormal en unes altres; per exemple, mentre que l'alcohol és una droga legal a Occident, en la cultura àrab està prohibit.



d) Criteri subjectiu i personal

Cada individu sap quina és la seva incapacitat o sofriment personal per desenvolupar amb èxit la seva vida. Aquest criteri tampoc no és correcte, perquè moltes persones desconeixen els seus símptomes o els interpreten malament. Els hipocondríacs són capaços d'inventar-se malalties i és difícil que una persona dement es valgui per ella mateixa.

Reflexió: Tal vegada podem pensar que cap criteri no és vàlid, però hem de reconèixer que tots són necessaris. Els criteris són relatius i no tots tenen el mateix grau de científicitat ni expliquen de la mateixa manera la conducta anormal. Sí que és important saber que tenir dificultats a la vida no és sinònim d'estar «boig».

La salut física i psicològica, tant en la seva gènesi com en el seu manteniment, és un estat o procés biopsicosocial. La salut i la malaltia són processos determinats per diverses variables.

Avui dia, ja ningú no creu en una línia divisòria clara entre el que és normal i el que és patològic, la raó i la bogeria, la salut mental i els problemes de conducta. Hi ha moltes persones tancades als hospitals psiquiàtrics sense raó, i unes altres que haurien de ser allà ocupen llocs importants en la vida social. És a dir, algunes persones despleguen la seva megalomania o paranoia en activitats socialment respectables.



5. Tipologies de les psicopatologies

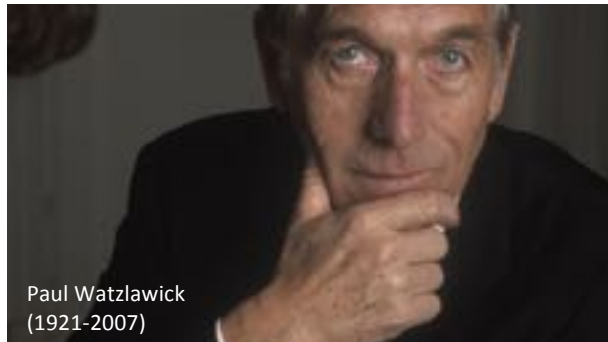
La psicopatologia descriu i explica els fenòmens psíquics anormals. En l'època del capitalisme globalitzat apareix un escenari psicopatològic nou. Els darrers trenta anys, les neurosis clàssiques de principis del segle XX (histèries, fòbies, obsessions) sobre les quals va créixer la psicoanàlisi són substituïdes per les patologies de la hiperexpressió i els desordres de tipus narcisista, característiques de les noves generacions videoelectròniques per ordenar els comportaments patològics.

Hi ha hagut nombrosos intents de classificar les psicopatologies. Actualment s'accepta el sistema de diagnòstic psiquiàtric proposat per l'Associació Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*), conegut com a **DSM-IV** (*Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals*). Aquesta classificació és molt similar a la de l'Organització Mundial de la Salut, la Classificació Internacional de Malalties anomenada **CIE-10** (penjada al classroom).



https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/Clasif_Inter_Enfer_CIE_10_rev_3_ed.diag.pdf

Els **diagnòstics** són subjectius. Són judicis de valor basats en el que una societat o un grup consideren normal. No hem d'oblidar que en temps passats van ser considerades malalties mentals la «drapetomania» (compulsió dels esclaus negres per escapar-se), la sexualitat de dones vídues o divorciades i l'homosexualitat (desapareguda de la classificació de trastorns mentals el 1980, en el DSM-III-R). Paul Watzlawick deia amb ironia que aquest ha estat el major èxit psiquiàtric en la història humana; de cop de llapis, «guarides d'un trastorn mental».



milions de persones van ser

Classificació dels trastorns psicològics. Font: A. Belloch et al., *Manual de psicopatología*, 2 vol., Madrid, McGraw-Hill, 2010.

I. Psicopatologia i processos psicològics	Atenció: aproxèsia Percepció: il·lusions i al·lucinacions. Memòria: amnèsia anterògrada i retrògrada. Pensament: deliris. Llenguatge: dislèxia, afàsia, disfèmia.
II. Trastorns associats a necessitats biològiques i addiccions	Somni: insomni. Sexuals: violació. Alcoholisme: delirium tremens. Altres drogodependències. Trastorns alimentaris: anorèxia i bulímia. Control dels impulsos: joc patològic. Trastorns psicomotors: tics.
III. Psicopatologia del desenvolupament	Autisme infantil. El retard mental. Trastorns d'aprenentatge: TDAH (hiperactivitat).
IV. Estrès i trastorns emocionals	Estat d'ànim: depressió. Ansietat: fòbies. Trastorn obsessivocompulsiu. Trastorns somatoforms: hipocondria. Trastorns psicossomàtics: lumbàlgia.
V. Trastorns psicòtics i de personalitat	Les esquizofrènies. Trastorns de personalitat Psicopatia.

6. Definició d'algunes psicopatologies

a) Esquizofrènia

L'esquizofrènia és un trastorn psicòtic caracteritzat per un desordre cerebral d'aparició aguda i gairebé sempre reversible, però que a la llarga pot arribar a deteriorar la capacitat de les persones per pensar, dominar les seves emocions, prendre decisions i relacionar-se amb els altres.

El terme **esquizofrènia** (literalment 'ment dividida') significa fragmentació de les capacitats cognitives i afectives. E. Bleuler va descriure l'any 1911 aquest trastorn (substitut del terme demència precoç) com un dels més devastadors que existeixen.

L'esquizofrènia és una de les malalties més greus i complexes que poden afectar el psiquisme humà. Sol començar al final de l'adolescència o al començament de la vida adulta, la pateixen persones de tots dos sexes i la seva incidència és semblant en diferents cultures. En l'esquizofrènia es distingeixen dues classes de símptomes:

- Els **símptomes positius** es manifesten per la pertorbació de les funcions mentals i pel fet de tenir comportaments estrafolaris. Aquesta incapacitat per interpretar la realitat es caracteritza pels deliris (creure que algú els espia), les al·lucinacions (veure imatges o sentir veus que els semblen reals) i el pensament il·lògic (falta d'associacions entre idees).
- Els **símptomes negatius** de l'esquizofrènia són els que eliminen les habilitats normals, com organitzar-se la vida, endreçar l'habitació i ocupar-se d'un mateix. També s'observen emocions planes i deteriorament cognitiu.

L'etiologia (les causes) de l'esquizofrènia continua sent un enigma per resoldre. Se n'han assenyalat diverses causes biològiques: alteracions genètiques i bioquímiques (relacionades amb la dopamina cerebral), alteracions cerebrals (asimetria hemisfèrica), alteracions en el sistema immunològic, etc.

Les característiques més significatives de l'esquizofrènia són les següents:

- **Percepcions pertorbades.** Una persona amb esquizofrènia pot patir diversos tipus d'al·lucinacions: auditives (sent veus que li parlen), visuals (veu formes que no existeixen en realitat) o cinestèsiques (té sensacions de canvi de forma o mida d'un òrgan corporal).
- **Desorganització del pensament.** El pensament esquizofrènic és fragmentat i deformat sense una base lògica, ha perdut el contacte amb la realitat i a altres persones els sembla absurd. La persona amb esquizofrènia pot presentar idees delirants: de grandesa (es creu amb poders especials), persecutòries (pensa que la vigilen o la persegueixen) o somàtiques (creu que el seu cervell s'espalla). També és freqüent la lectura del pensament: pensa que altres persones coneixen els seus pensaments íntims.
- **Emocions i conductes inadequades.** Les persones esquizofrèniques viuen en un món il·lusionari i inexistent en el qual estan atrapades, el seu cos i la seva personalitat els són estranys i les seves reaccions emocionals i afectives són apàtiques. No gaudeixen de la vida, perquè els sembla buida i sense significat. De vegades, vesteixen d'una manera estrafolària, per la seva pèrdua d'identitat. Retraïment social. Aquesta conducta és provocada per la dificultat per establir relacions interpersonals, ja que les consideren insatisfactòries. Fins ara els fàrmacs antipsicòtics eren l'únic tractament per alleujar aquests pacients. Actualment els psicòlegs ajuden aquestes persones a viure amb les seves experiències i a canviar els seus deliris o creences desadaptades.



Fotografia de Tom Peters, un home que vol ser reconegut com a gos

La psicopatologia reconeix quatre tipus d'esquizofrènia:

- **Paranoide.** Es caracteritza pel fet de tenir idees delirants de persecució o de grandesa. Altres símptomes són les sensacions auditives (en absència d'estímul extern) i la desorganització del llenguatge i del comportament.
- **Catatònica.** Les persones que pateixen aquest tipus d'esquizofrènia mostren un negativisme extrem, són passives i incommunicatives i mantenen posicions i moviments corporals estranys i estereotipats (poden romandre moltes hores en una posició corporal idèntica, igual que un maniquí).
- **Desorganitzada.** Les persones amb aquest trastorn presenten un comportament infantil en les seves poses i gesticulacions, parlen amb persones imaginàries i el seu afecte és inadequat i superficial.
- **Residual.** És característica de persones amb símptomes psicòtics moderats, com ara un comportament excèntric o un pensament il·lògic.

b) Trastorns de la personalitat

Es tracta d'alteracions de la manera de ser pròpia de l'individu, de la seva afectivitat i de la seva forma de viure i de comportar-se que es desvien d'allò que és normalment acceptable en el seu entorn i la seva cultura. N'hi ha de diversos tipus, però exposem:

- personalitat paranoide: persones que mostren gran desconfiança i recel cap a tot el que les envolta;
- personalitat esquizoide: persones introvertides, que eviten el contacte social i no expressen emocions;
- personalitat obsessiva: persones rígides, perfeccionistes, escrupoloses...

c) Depressió

La depressió és un trastorn de l'estat d'ànim caracteritzat per una **tristesa profunda i immotivada**, disminució de l'activitat física i psíquica, falta d'interès o plaer en quasi totes les activitats, sentiment d'impotència, falta de valor i esperança, sentiment de culpa, plor incontrolable, irritabilitat, pensaments sobre la mort o intents de suïcidi. És una de les malalties mentals més comunes.

La societat actual, amb el seu ritme d'activitat i competitivitat excitant, el seu culte a l'èxit, la cultura de la satisfacció immediata, la incomunicació i la desconfiança cap a l'altre, crea un terreny propici per al desenvolupament de trastorns depressius. Ara bé, cada persona pateix la seva pròpia depressió.

Quan una persona està deprimida, els seus pensaments solen ser negatius, hi ha malestar físic en forma d'abatiment i dolor, i les emocions estan carregades de tristesa i desesperança envers la vida.

La depressió interfereix greument en l'activitat quotidiana de l'individu i té característiques pròpies segons l'edat de la persona que la pateix. Pot aparèixer davant una situació estressant o desenvolupar-se al llarg del temps.

Per diagnosticar una depressió és important saber que el seu origen no es deu al consum de drogues i no l'hem de confondre amb els períodes de dol, que es produeixen per la mort d'un ésser estimat.

En general, podem distingir dos tipus de depressions: endògenes i exògenes.

En les depressions endògenes no hi ha una causa externa i són producte de factors biològics (deficiència en el neurotransmissor serotonina), l'herència genètica o problemes neurològics.

Les depressions exògenes es poden originar per algun conflicte psicosocial, com divorciar-se o estar sense feina. Una altra distinció s'estableix entre depressió unipolar enfront de depressió bipolar.

La depressió unipolar és el trastorn comú en què hi pot haver un episodi depressiu o més. En canvi, en la depressió bipolar, el pacient alterna episodis depressius i maníacs (està eufòric, hiperactiu, etc.).

Els **síntomes** més significatius de la depressió són:

- **Físics.** Problemes de son (insomni), pèrdua de gana, falta d'activitat i desig sexual. També solen aparèixer mal de cap, restrenyiment i pèrdua de la menstruació en les dones.
- **Anímics.** Tristesa i irritabilitat, un nerviosisme excessiu, sentiments de buit i impotència.
- **Cognitius.** El rendiment cognitiu d'una persona deprimida baixa, perquè disminueix l'atenció i la concentració en les seves activitats quotidianes.

Segons el psicòleg Aaron T. Beck, una persona amb depressió té una visió negativa d'ella mateixa, del seu entorn i del seu futur. El seu model cognitiu per a la depressió considera que la valoració negativa, més que un símptoma, és una causa de la depressió; per això la seva teràpia aborda el canvi cognitiu del subjecte.

- **Motivacionals i conductuals.** El símptoma més característic és la disminució en la capacitat de passar-ho bé i gaudir de la vida. La persona deprimida pot abandonar els estudis o la feina i li costa fer qualsevol activitat, com rentar-se quan es lleva o decidir amb quina roba es vestirà.

- **Interpersonals.** Una persona deprimida manté unes relacions tibants amb les persones que l'envolten, tant en l'àmbit familiar com en el laboral. L'evitació social que acompanya la depressió fa que a la persona li resulti més difícil relacionar-se, i això agreuja el problema.

La teràpia cognitivoconductual ensenya als pacients depressius a reflexionar sobre la validesa de les seves creences disfuncionals i a canviar la manera com processen la informació referent a la seva persona. També els ensenyen habilitats per afrontar situacions difícils de la vida social.

d) Ansietat, fòbies i trastorn obsessivocompulsiu

i. Ansietat

L'ansietat és un trastorn que es caracteritza per la presència incontrolable de **preocupacions excessives i desproporcionades**, acompanyades, en general, de símptomes físics com ara sudoració, nerviosisme, inquietud, palpitations, etc.

L'angoixa i l'ansietat són inherents a l'espècie humana, i en alguns casos constitueixen el motor essencial de la nostra vida.

L'ansietat és una sensació difusa, un senyal que ens anticipa el perill o el dolor o que sorgeix quan no som capaços de comprendre la realitat que vivim o trontolla el nostre autoconcepte.

L'ansietat pot ser una sensació en la qual es barregen moltes emocions (por, vergonya, culpa). I quan es perden el control i la voluntat apareix l'angoixa, associada a situacions desesperades i a fortes tensions psíquiques.

L'ansietat és una resposta emocional en la qual actuen tres sistemes (fisiològic, cognitiu, motor). Les manifestacions d'aquests sistemes són aquestes:

- **Nivell fisiològic.** Més activació del Sistema Nerviós Autònom (SNA) expressada en canvis en el sistema cardiovascular (pressió sanguínia alta, palpitations, increment de la taxa cardíaca), canvis en el sistema muscular (tensió muscular excessiva), canvis respiratoris i més activitat electrodermica.
- **Nivell cognitiu.** Pressentiments de la situació temuda que generen distorsions cognitives i idees irracionals, i sentiments de por o tensió emocional.
- **Nivell motor.** Les conductes motores, fruit de l'activació fisiològica i la valoració cognitiva de la situació, consisteixen en respostes de fugida o evitació, tremolor, paralització i tartamudeig. Els trastorns d'ansietat els podem agrupar així:

ii. Trastorns fòbics

En la mitologia grega, els guerrers acudien al déu Fobos per intimidar els enemics, i abans d'anar al combat pintaven el seu rostre sobre les màscares i els escuts. D'aquí prové que *fobos/fòbia* s'admetés en la patologia amb el significat de 'por o temor cap a alguna cosa'.

Una fòbia és una por excessiva, persistent, irracional i desproporcionada, provocada per uns determinats objectes, animals, persones o situacions.

Les fòbies es caracteritzen per una reacció d'atracció i de defensa davant l'agent fòbic, que produeix una angoixa intensa en el subjecte, encara que és conscient que el seu temor és injustificat. Les fòbies no es poden explicar o raonar i estan fora del control voluntari del subjecte, que tracta d'evitar l'objecte o la situació temuda. Totes les persones amb fòbies saben que la seva por és absurda, però no en poden fugir.

Les fòbies es diferencien les unes de les altres segons les situacions o els objectes que indueixen por, ansietat o conductes d'evitació. Coneixem diferents fòbies d'acord amb l'estímul que les provoca:

- Als animals, com insectes, rosegadors, etc.; solen començar durant la infantesa.
- A estímuls ambientals, com ara les tempestes.

- A la sang, les punxades i les ferides.
- A situacions concretes (fòbia situacional), com ara ascensors, avions, locals tancats, etc.

Es creu que molts temors són restes subconscients d'èpoques en les quals l'espècie humana sí que va estar amenaçada per insectes o rèptils. Però aquesta explicació no abasta tots els casos: podria justificar la por a les aranyes (aracnofòbia) o als animals (zoofòbia), però no explicaria la por al nombre 13 (triscaidecafòbia).

El temor és una reacció natural per a la supervivència de l'individu i es converteix en fòbia quan:

- L'objecte temut no comporta cap perill real.
- El temor és desproporcionat al perill, o bé incongruent amb la resta de la personalitat del subjecte.
- Pertorba la vida diària del subjecte.

Les classificacions internacionals inclouen tres diagnòstics: les fòbies específiques (o simples), la fòbia social (o ansietat social) i l'agorafòbia.

Gairebé tothom té alguna fòbia lleu: són comunes les pors a les altures, als espais tancats o a les aranyes. Algunes fòbies són més una molèstia que una incapacitat i poden desaparèixer de manera espontània en la infància o l'adolescència.

- L'**agorafòbia** consisteix en la por als llocs públics i es manifesta per un conjunt de temors: no sortir al carrer, incapacitat d'agafar transports públics o evitar llocs on hi ha molta gent, com un cinema o el supermercat. Algunes persones amb agorafòbia poden patir atacs de pànic. La persona agorafòbica restringeix la seva vida a un territori cada vegada més estret per protegir-se contra l'angoixa.
- La **fòbia social** és una por davant situacions socials en que la persona s'exposa a ser observada, avaluada o humiliada per unes altres i a comportar-se o fer alguna cosa compromesa. És un signe d'inseguretat i de culpabilitat enfront de la mirada aliena.

Es diferencia de l'agorafòbia en les conductes d'evitació, en les respostes fisiològiques del subjecte i en el contingut dels seus pensaments, que solen ser negatius i derrotistes. Es pot presentar en diverses formes, com ara por de ser observat a la feina o por de parlar en públic.

Trastorns d'ansietat	Agorafòbia	Fòbia social
Situacions evitades	• Multituds. • Transport públic. • Carrer.	• Reunions socials.
Resposta	• Atac de pànic. • Mareig, pèrdua de control.	• Rubor. • Tremolor. • Tartamudesa.
Activitat evitada	• Viatjar. • Comprar. • Sortir de casa.	• Parlar en públic. • Xerrar amb desconeguts.

Pensaments anticipatoris	• Temor dels atacs de pànic.	• Temor de l'avaluació.
Curs	• Sovint fluctuant.	• Més estable.

Trets diferencials entre l'agorafobia i la fòbia social. Font: Enrique Echeburúa: *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*, Madrid, Pirámide, 2011.

Altres fòbies:

- **Acrofòbia:** Temor d'estar en llocs alts.
- **Aerofòbia:** Temor de viatjar amb avió.
- **Claustrofòbia:** por als llocs tancats.
- **Hematofòbia:** Temor de la sang.
- **Nictofòbia:** Temor de la nit o de la foscor.
- **Tripofòbia:** Temor als grups de figures geomètriques
- **Xenofòbia:** Desconfiança cap els estranys.
- **Zoofòbia:** Por cap als animals.

iii. Trastorn obsessivocompulsiu (TOC)

Una altra manifestació de l'ansietat és el **trastorn obsessivocompulsiu**. Es tracta d'un trastorn d'ansietat caracteritzat per la presència d'obsessions (idees i pensaments de caràcter persistent que l'individu reconeix com a intrusos i absurds, i que causen malestar i ansietat) que la persona intentarà mitigar amb les compulsions (comportaments o actes mentals de caràcter recurrent). Per exemple, aquest és el cas de les persones que senten que sempre tenen les mans brutes i se les renten excessivament.

El trastorn obsessivocompulsiu (TOC) es classifica en el DSM-5 com un trastorn d'ansietat que es manifesta amb obsessions, compulsions o totes dues coses, i que causa una pertorbació significativa en la vida quotidiana de la persona.

Les obsessions són pensaments, idees, imatges o records inadequats no experimentats com a voluntaris, sinó com a invasors de la consciència i considerats repugnants o sense sentit.

El terme *obsessió* deriva del llatí *obsessio*, *obsessionis*, que significa 'setge'. L'etimologia de la paraula és rellevant: *obsessió* implica que l'individu lluita contra alguna cosa externa que se li resisteix activament. Hi ha diversos tipus d'obsessions:

- De contaminació: por de la brutícia o contaminació.
- De comprovació: examinar si està tancada la clau del gas.
- D'acumulació: acumular multitud d'objectes inservibles.
- D'ordre: causa malestar veure objectes «fora del seu lloc».

Altres obsessions consisteixen a donar voltes a un tema religiós o polític o a alguna experiència vital. Hi ha persones que, després d'anys d'estar separades, continuen mantenint diàleg intern ple de dubtes sobre aquesta experiència.

Les compulsions són conductes repetitives, fetes de manera estereotipada (s'anomenen rituals), que es fan en resposta a una obsessió. La conducta no té una finalitat en si mateixa, sinó que està orientada a prevenir algun esdeveniment futur.

Les formes més comunes de compulsions o conductes rituals són fer les coses sempre en un ordre determinat o dur a terme rituals de neteja, com rentar-se contínuament les mans per por de la contaminació o de la brutícia. Hi pot haver conductes rituals sense una obsessió precedent.

(Pel·lícula: "Mejor imposible")

iv. L'estrès posttraumàtic

Les persones que han viscut situacions inusuals, com ara guerres, accidents de trànsit, catàstrofes naturals o agressions sexuals, poden patir estrès posttraumàtic. Els traumes no són situacions quotidianes que provoquen estrès, sinó experiències en les quals va estar en perill la vida de la persona. Malgrat que no totes les persones viuen l'esdeveniment amb la mateixa intensitat i cadascuna disposa de diferents recursos per afrontar-lo, el psicòleg Enrique Echeburúa destaca tres aspectes comuns en aquests pacients:

- Les víctimes solen reviure l'agressió patida o l'experiència viscuda amb records constants o malsons.
- Mostren símptomes d'irritabilitat, dificultats per agafar el son i feblesa afectiva.
- Rebutgen parlar amb els seus éssers estimats sobre l'esdeveniment traumàtic.

e) Anorèxia i bulímia nervioses

Els trastorns de la conducta alimentària, com l'anorèxia i la bulímia nerviosa, són un problema creixent en les societats occidentals i poden afectar la salut física i el funcionament psicosocial del subjecte.

Una dieta deficient provoca en l'organisme un estat d'estrès físic i afebleix el sistema immunològic, i això fa que la persona sigui més susceptible a les infeccions.

i. L'anorèxia nerviosa

L'anorèxia és un trastorn de la conducta alimentària que es caracteritza per un rebuig a mantenir un pes corporal mínim normal, per una por intensa a guanyar pes i una alteració significativa de la percepció de la forma i les dimensions del cos. Aquest trastorn es nodreix i creix a mesura que augmenta la por d'engreixar-se.

El que voluntàriament comença sota el domini de la raó (controlar la dieta per perdre algun quilo) acaba esdevenint una malaltia, que els malalts mateixos es provoquen amb la seva vaga de fam voluntària. Veiem com les persones amb anorèxia **deixen de menjar** i, malgrat que es van aprimant fins a nivells perillosos per a la seva salut, continuen creient que són obesos.



Cartell d'una campanya italiana per lluitar contra l'anorèxia.

Malgrat que l'anorèxia afecta tots dos sexes, és típica en noies de 12 a 20 anys. La distorsió de la imatge corporal les condueix a percebre el seu cos deformat. Els criteris per al diagnòstic de l'anorèxia són els següents:

- Realització d'una dieta obsessiva fins a perdre més del 15 % del pes normal.
- Absència d'una altra malaltia orgànica o psíquica.
- Imatge de la talla o silueta corporal distorsionada i por intensa de guanyar pes.
- En general, aquestes persones són bones estudiants, hiperactives i molt perfeccionistes.
- Amenorrea o pèrdua de la menstruació regular.
- En alguns casos, la persona es fa un fart de menjar i després adopta conductes purgants.

El drama més gran de les persones amb anorèxia és el perfeccionisme: no admeten cometre errors. Han d'aprendre que els propis límits ens permeten contactar amb la realitat.

Les causes de l'anorèxia són desconegudes. Alguns psicòlegs consideren que el seu origen rau en la idea de bellesa vigent en la societat occidental. Altres la descriuen com una alteració relacionada amb la por de créixer i de la sexualitat, i amb problemes familiars.

ii. La bulímia nerviosa

La **bulímia nerviosa** és també un trastorn de la conducta en l'alimentació que consisteix en l'aparició d'episodis incontrolats d'alimentació excessiva (farts de menjar), seguits normalment de purgues (autoinducció del vòmit) i dejunis o exercici intens per controlar el pes, és a dir, es dóna una conducta contradictòria entre el fet de menjar en excés i un control posterior, també excessiu, del pes i la figura corporal.

La persona bulímica s'avergonyeix de la seva conducta, cosa que li genera un estat de culpa i ansietat. No es coneixen amb certesa les causes de la bulímia, tot i que es relacionen amb les de l'anorèxia. També es dóna habitualment en dones adolescents. La bulímia nerviosa es caracteritza pels símptomes següents:

- Desenvolupament d'hàbits alimentaris anormals.

- Fartaneres, que provoquen en la persona sentiments de vergonya, culpabilitat i menyspreu. Per mitigar el seu estat emocional, vomiten, utilitzen laxants o diürètics o fan un exercici físic excessiu.
- Dos episodis de fer-se un tip de menjar a la setmana durant almenys tres mesos.
- Distorsió de la imatge corporal i sensació de pèrdua de control sobre el menjar.
- Estats d'ànim negatius, situacions estressants i gana intensa són alguns dels factors desencadenants de les fartaneres.

Les persones amb bulímia són conscients de la seva conducta desadaptada i sovint se senten culpables i deprimides. No arriben a ser tan primes com les anorèxiques, però estan obsessionades amb el pes i per mantenir-se en forma

7. La psicoteràpia

Una teràpia és un **mètode de curació**. En psicologia, la teràpia és un tractament dut a terme per un professional autoritzat que fa servir mitjans psicològics per ajudar a resoldre problemes humans, en el context d'una relació professional. La teràpia és una relació entre client i terapeuta que té com a objectiu la **modificació de la conducta** o de la personalitat.

L'ús de les paraules ***pacient*** o ***client*** és significatiu. La paraula ***pacient*** implica que la persona és passiva i que és el metge qui la cura. Actualment es considera que la persona té un paper actiu en la teràpia i, per tant, és més adequat parlar de ***client*** que de ***pacient***.

- **La teràpia psicològica s'anomena psicoteràpia.**

Las teràpies es poden classificar d'acord amb aquests models:

- psicodinàmiques
- humanístiques
- conductuals
- cognitives
- sistèmiques



a) Les teràpies psicodinàmiques: la teràpia de la psicoanàlisi



La teràpia psicodinàmica més important és la teràpia psicoanalítica, que ha anat evolucionant des que Freud va iniciar les seves investigacions. La primera teràpia era la **hipnosi**; més endavant el psiquiatre austríac va fer servir el mètode catàrtic, que consistia a fer que el client revisqui una situació emocional conflictiva reprimida -és a dir, fer que tornés a la seva consciència-. El fet de tornar a viure el trauma tenia un efecte curatiu. En aquest sentit, **la psicoanàlisi busca les interpretacions reprimides**, inconscients, per integrar-les en el conscient, perquè mentre aquests impulsos inconscients estan reprimits i no poden aflorar es genera un conflicte psíquic.

Un altre mètode de la psicoanàlisi és el de les **associacions lliures**. El funcionament d'aquest mètode és el següent: el client s'estira en un divan i va dient tot allò que li ve al cap, lliurement i sense seguir cap criteri. La repetició d'algunes paraules, la inquietud que generen unes altres, van donant pistes al psicoanalista sobre els conflictes del client. El desordre i la incoherència aparent amb què es diuen les paraules eviten que es produeixi la repressió.

L'anàlisi i la **interpretació dels somnis** també és un punt clau en la teràpia psicoanalítica. El mètode psicoanalític és lent i exigeix un **tractament llarg**, d'un any o més, a raó de dues o tres sessions setmanals d'una hora. Cal que el client confii en l'analista i també cal lluitar contra la força de la repressió que impedeix que els desitjos de l'inconscient es manifestin.

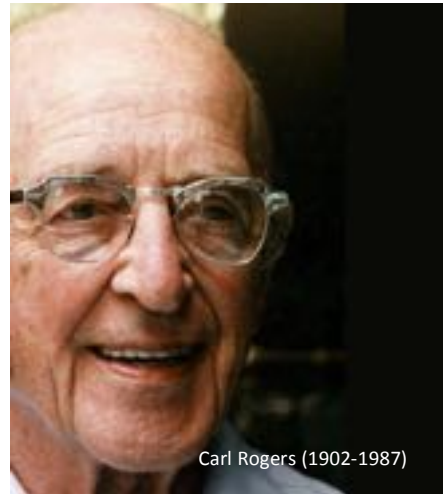
b) Les teràpies humanístiques: la teràpia de la psicologia humanista i la teràpia de la Gestalt

i. Teràpia humanista

La teràpia de la psicologia humanista és coneguda com a **teràpia centrada en el client** i és un model de teràpia no directiva. Actualment, aquest model de teràpia no directiva el segueixen molts terapeutes de manera paral·lela a altres teràpies.

Carl Rogers va ser el primer psicòleg que va fer servir la paraula **client** per referir-se als pacients, ja que creia que així el tracte entre la persona que necessitava ajuda i el terapeuta resultava més igualitari.

La **clau** de la teràpia centrada en client és crear una relació que serveixi per al seu propi desenvolupament.



Carl Rogers (1902-1987)

El model de teràpia humanista implica que el terapeuta ha de mostrar una **actitud d'autenticitat** en l'expressió dels seus sentiments i actituds, de comprensió dels punts de vista del client i, per tant, **abstenir-se de jutjar** les conductes d'aquest. També ha de mostrar un alt grau d'**empatia**.

Aquestes actituds permeten una relació de confiança que ajuda el client en el camí de recerca que ha de recórrer per arribar al coneixement de la seva manera de ser, els seus prejudicis, complexos, sentiments..., és a dir, el seu autoconeixement i la seva **autoacceptació**.

La tendència de les persones, segons Rogers, és desenvolupar la seva vida d'una manera satisfactòria. Aquesta tendència, però, pot estar oculta sota la forma de màscares, defenses, prejudicis... Una bona relació terapèutica és la condició fonamental perquè el client es desempallegui d'aquesta màscara.

ii. Teràpia de la Gestalt

La teràpia de la Gestalt comparteix amb l'humanisme el concepte que el terapeuta tan sols acompanya el client, mostrant-li camins i possibilitats de millora, i que podrà curar-se per si sol. La teràpia Gestalt es basa en les regles següents:

- **El principi de l'aquí i l'ara.** Consisteix en el fet que el client sigui conscient de les seves experiències en el moment de la teràpia i no es refugii en el passat o en el futur, o parli de les coses com si fossin externes a la seva persona.
- **El principi del jo i el tu.** Es fomenta entre terapeuta i client una comunicació directa en la qual tots dos són responsables d'allò que diuen i fan, sense subterfugis.
- **El principi del contínuum de la consciència.** La teràpia gestàltica fa èmfasi en la pregunta «com», i no en la pregunta «per què», a diferència, per exemple, de la teràpia psicoanalítica. Parlar i teoritzar molt sobre el perquè, el passat o les causes ens allunya de la comprensió d'allò que ens passa ara, en el present.



- **Convertir preguntes en afirmacions.** Sovint, les persones es fan preguntes per no afrontar les seves decisions o no ser responsables de les seves conductes. O també es fan preguntes per acusar o perquè l'altre prengui una decisió per elles. El terapeuta ajuda el client a reconvertir aquestes preguntes en afirmacions.

La teràpia gestàltica es pot practicar de manera individual o en grup. La teràpia grupal permet un major enriquiment de cada client, ja que en aquesta s'analitzen els problemes individuals amb la col·laboració del grup. Les tècniques de la teràpia Gestalt sovint presenten una **estructura de joc** que permet que el client manifesti les seves dificultats, en tingui consciència i les pugui solucionar.

En les tècniques de joc, la teràpia en grup és encara més efectiva. Una de les tècniques més conegudes és la de la **cadira buida** o **cadira calenta**. El client se situa davant d'una cadira buida i hi estableix un diàleg imaginari que reflecteix o bé una altra persona o bé un aspecte de la seva personalitat. A través d'aquest diàleg, el client s'adona dels seus problemes i augmenta la capacitat de posar-se al lloc de l'altre.



Una altra tècnica que s'utilitza és el *role playing*, en el qual el client fa el paper de la persona amb qui té la dificultat: el seu pare, la seva parella, el seu mestre, etc. Els **jocs teatrals** en grup formen part de la tècnica habitual de la Gestalt.

c) Les teràpies conductuals

Segons el conductisme, les conductes -tant les considerades «normals» com les inadaptades- són fruit de l'**aprenentatge** i no depenen de factors hereditaris. La teràpia conductista, per tant, té com a objectius que el client aprengui una nova conducta, que la desapregui, o totes dues coses alhora. En la teràpia conductista es fan servir diferents tècniques, com les següents:

- **La dessensibilització sistemàtica**, ideada per Joseph Wolpe, consisteix bàsicament a ensenyar al client a relaxar la musculatura i reconèixer l'estat en què es troba el seu cos. El terapeuta, per una banda, i el client, per una altra, han elaborat una sèrie de frases. Quan el client està relaxat, el terapeuta pronuncia la primera frase; si no reacciona amb por (per exemple), es passa a la següent; si reacciona negativament, es repeteix el procés fins que no es produeix aquella alteració en el client i es pot passar a la frase següent. De les frases es passa, posteriorment, a situacions reals. Aquesta tècnica s'aplica per a l'eliminació de moltes **fòbies**.

- **L'entrenament assertiu** és una altra tècnica de la teràpia conductista i s'aplica a persones amb problemes de relació social i comunicació.

En les tècniques basades en el reforç positiu, el premi es fa servir per reforçar o modificar una conducta. En primer lloc, es descriu amb precisió la conducta que es vol canviar. Després, es defineix la nova conducta, es detalla la manera d'actuar, es reforça i es premia quan s'aconsegueix.

- El **modelatge** consisteix a oferir al client un model real o simbòlic de conducta. A partir de l'observació de la conducta del model, el client, amb l'ajut del terapeuta, imita el model, ja que gràcies a això millora la seva conducta.

d) Les teràpies cognitives

La tesi d'aquesta teràpia és que les conductes no són degudes únicament a elements ambientals, sinó que depenen de les cognicions.

Les cognicions són idees, creences, imatges, pensaments i models de comprensió de la realitat.

Pressuposen que la **modificació** o **reestructuració cognitiva**, és a dir, el canvi dels pensaments, pot canviar la conducta. Aquestes teràpies tenen l'avantatge que són breus i estructurades i, al mateix temps, exigeixen un alt grau de col·laboració entre terapeuta i client. El terapeuta funciona com una mena de guia o entrenador.

Es proposa que la relació entre terapeuta i client és entre dos «**experts**».

El client és expert en el seu món personal i el terapeuta és expert en relacions humanes i en com es construeixen en la ment aquestes relacions. Algunes d'aquestes tècniques de la teràpia cognitiva són:

- **El debat.** El debat és una discussió racional entre el terapeuta i el client que té com a finalitat qüestionar la validesa científica de les idees irracionals d'aquest. S'utilitzen la lògica i l'experiència per aconseguir que el client examini i qüestionï la seva manera de pensar, i desenvolupi així noves formes de pensament.
- **Els deures per a casa.** Els deures per a casa consisteixen en una sèrie d'exercicis que es proposen al client perquè els faci en la seva vida quotidiana, entre sessió i sessió terapèutica. La seva finalitat és reforçar el que ja s'ha après o descobert en les sessions. Les activitats proposades poden ser lectures, debats, activitats de relaxació...
- **El registre diari.** Consisteix a escriure un diari, una mena de registre on el client apunta situacions conflictives, la seva actitud, la seva resposta, les idees irracionals que ha tingut, etc. Aquests diaris acostumen a estar pautats i dissenyats prèviament.
- **Assaig de conductes i jocs de rol.** Consisteix a representar situacions possibles i conflictives de la vida real, proposades pel terapeuta o pel client. La representació teatral d'aquestes situacions ajuda a descobrir els pensaments que té el client, i també li proporciona eines per trobar conductes alternatives.



e) Les teràpies sistèmiques

La característica fonamental de la teràpia sistèmica és que no es tracta una persona de manera individual, com en la resta de teràpies, sinó que la intervenció terapèutica es dona sobre un **grup de persones**, que poden ser la parella, els fills, els pares o altres persones significatives.

El procés terapèutic comença amb la investigació per part del terapeuta sobre **l'estructura de la família**, com es comunica, quina jerarquia hi funciona, quins models de pensaments o creences té, etc. A partir d'aquest treball, el terapeuta ajuda els membres de la família a **modificar** aquelles interaccions que són la causa del conflicte o problema d'un dels integrants de la família.

Es tracta de restablir l'equilibri del sistema (és a dir, de la família) canviant-ne algun aspecte, com ara la manera de comunicar-se o una creença. Aquest treball terapèutic es desenvolupa en poques sessions i amb la participació dels diferents membres de la família.



8. L'ajuda farmacològica en la teràpia

Per tractar els trastorns psicològics es fan servir teràpies amb fàrmacs que tenen com a objectiu modificar el funcionament del cervell. Es tracta de variar els neurotransmissors i els circuits del sistema nerviós. Reben el nom de **psicofàrmacs**.

Tot i que el mètode més habitual es basa en la utilització de fàrmacs, també es pot recórrer a la psicocirurgia, que consisteix en la intervenció quirúrgica en els teixits cerebrals. Actualment, pràcticament ja no s'utilitza la psicocirurgia com a mètode terapèutic.

L'ús de psicofàrmacs per a la teràpia psicològica és habitual, tot i que normalment es complementa amb una altra psicoteràpia, ja sigui cognitiva, conductista o similar. Els psicofàrmacs tenen efectes molt potents en el funcionament cerebral i, per tant, en la conducta. Bàsicament, hi ha tres classes de psicofàrmacs:



- antipsicòtics: s'apliquen en trastorns mentals greus com l'esquizofrènia, la psicosi, el trastorn bipolar, les al·lucinacions i les paranoies;
- ansiolítics: s'apliquen per combatre l'angoixa i l'ansietat;
- antidepressius: s'apliquen per reanimar les persones depressives.

Els psicofàrmacs influeixen en els neurotransmissors i en altres processos químics del sistema nerviós. Així, per exemple, els antidepressius augmenten la

disponibilitat de norepinefrina i serotonina, que disminueixen els estats depressius.

Els psicofàrmacs s'han de consumir sota control mèdic estricte, ja que poden produir efectes secundaris negatius. També poden produir addicció física i psicològica si se'n fa un ús prolongat o si no es respecten les dosis fixades pel terapeuta. Com que es tracta de fàrmacs, cal que sigui un metge o un psiquiatre qui els recepti.



CINEMA i treball en grup (20%)
Exposició (20%)
Avaluació: rúbriques de treball i exposició + coavaluació

Feu una recerca documentada sobre pràctiques i teràpies que surten a la pel·lícula:

A- Història i actualitat de:
1- els centres psiquiàtrics.
2- la lobotomia.
3- les teràpies de grup.
4- l'ús dels electroxocs.

B- Cerqueu i tracteu d'identificar els personatges amb la seva psicopatologia: ansietat, narcisisme, fòbia social, trastorn de la personalitat... Descriviu el seu comportament i relacioneu els aspectes teòrics i els fets per tal de fonamentar els vostres diagnòstics.



BILLY "JEFE" C. CHESWICK Mc MURPHY

Realització: 3 sessions.