

Introducció a la Psicologia: els principals models terapèutics

Tant en psicologia com en psiquiatria, hi ha diverses escoles i cadascuna proposa una mirada pròpia sobre l'aparell psíquic humà. Cada escola o cada teoria tendeix a proposar un model que expliqui els trastorns mentals, les seves causes i les seves possibles teràpies. Possiblement, una de les limitacions de la psicologia i de la psiquiatria rau en la manca d'un únic model que hom pugui considerar científic. Però, al mateix temps, aquesta circumstància permet també una riquesa de matisos que no es pot menystenir.

Des d'un punt de vista terapèutic (i especialment en l'àmbit psiquiàtric) es pot esquematitzar la pluralitat d'enfocaments, reduint-los a uns pocs models bàsics:

1.- Model psicodinàmic. És d'origen psicoanalític, es fonamenta en les teories de Freud i va tenir una gran influència a la primera meitat del segle 20, però va decaure sobretot per falta de resultats en la patologia psiquiàtrica més greu (psicosi...).

Dóna gran importància a les experiències en la primera infància, que determinaria les patologies en l'adult (això avui continua essent vigent), i assumeix l'existència d'un inconscient de caire sexual (cosa avui poc creïble), reprimat i causa de la malaltia. El tractament es fa sense un diagnòstic previ, perquè pressuposen que la causa del trastorn es trobarà en el desenvolupament de la teràpia.

2.- Model conductual (basat en la teoria behaviorista), que es fonamenta en l'aprenentatge associatiu i el condicionament (Pavlov, Watson, Skinner...). En aquest model, els símptomes són conductes desadaptades, apreses i, per tant, modificables.

El tractament se centra en l'eliminació dels símptomes (que 'són' la malaltia, en ells mateixos). Es fan jocs, es reforcen conductes, es treballa sobre hàbits compulsius (joc patològic, conductes alimentàries, fòbies, rituals, etc.).

3.- Model cognitiu (basat en la Gestalt, amb elements afegits procedents de teories behavioristes i constructivistes). La percepció del món que ens envolta determina les emocions i la conducta que adoptem perquè, tal com es diu en una frase típica, 'veure és preveure'. Una distorsió emocional prèvia determinarà conductes posteriors (p. ex.; si sentim un greu soroll podem pensar que ha caigut una lleixa de llibres de la biblioteca o que ha explotat una bomba). En aquest model les emocions (més ben o mal integrades) determinen la nostra comprensió de l'entorn i estan en la base de la capacitat intel·lectual.

Les conductes malaltisses es deuen, segons aquest enfocament, a distorsions del pensament o a creences irracionals que determinen la nostra cognició. Per tant, davant la malaltia hem de reforçar conductes positives i reestructurar la percepció de l'entorn del pacient. Es proposen teràpies de reacció emotiva i d'afrontament de l'estrès. S'usa sovint en trastorns d'ansietat, depressió...

4.- Model social (basat en la psicologia humanista i en les experiències de l'antipsiquiatria). Avui està en la base del que s'anomena 'psiquiatria comunitària'. En aquest model hom considera que els símptomes són determinats per l'ambient social. Sovint han estat criticats per una certa ingenuïtat envers la naturalesa humana i per un radicalisme polític molt obvi.

Es postula que el trastorn mental no és causat per una personalitat biològicament predisposada, sinó que és la conseqüència d'una inadaptació a un entorn que, en ell mateix, és malaltís. Sense procurar un canvi d'ambient social no hi ha curació.

Aquest model tendeix a desinstitucionalitzar els malalts (evitar estades llargues en psiquiàtrics), procura crear comunitats de recolzament mutu (sovint fora de l'ambient urbà) i dóna molta importància a l'atenció primària i a la prevenció.

5.- Model mèdicobiològic. Cada vegada més sòlid com a conseqüència dels psicofàrmacs i dels progressos en neurociències. Cap a final de la dècada de 1970 i al llarg de la dècada següent es va descobrir que en les depressions les tres monoamines principals (noradrenalina, dopamina i serotonina) es troben disminuïdes i que aminoàcids com el Gaba (d'efecte inhibitori) i el Glutamat (excitant) es troben en moltes neurones. Això va obrir camps de recerca mèdica important i avui és clarament el model predominant.

En aquest model es considera el trastorn mental com una altra malaltia física. No és una malaltia 'qualsevol' però sí una malaltia. El trastorn té una etiologia orgànica, cerebral, amb una sèrie de símptomes que es poden diagnosticar i sobre l'evolució dels quals resulta possible fer un pronòstic evolutiu. La malaltia es pot tractar amb èxit mitjançant antidepressius i amb productes farmacològics (tot i que a hores d'ara encara no coneixem les causes orgàniques d'alguns trastorns).

6.- Model biopsicosocial. És un model integrador o eclèctic. Considera les teories com a caixes d'eines i usa les eines que considera més adients a cada cas, donant per suposat, però, que la major part dels trastorns mentals tenen un component hereditari, tot i no seguir un patró d'herència mendeliana. De vegades es denomina 'model poligenètic multifactorial', cosa que simplement vol dir que hi ha diversos gens vinculats als trastorns conductuals (vulnerabilitat genètica), però que aquesta mena de (per així dir-ne) 'predisposició' ha de conjuminar-se amb factors ambientals.